

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

г. Махачкала

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (ГБУ РД «РКВД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

с одной стороны и «Потребитель / Заказчик» (нужное подчеркнуть)

ФИО: \_\_\_\_\_ ,

действуя в интересах Потребителя (раздел ниже заполняется, если договор подписывает «Заказчик»):  
ФИО: \_\_\_\_\_

адрес, телефон: \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ ,

с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

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

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

| № п/п | Наименование медицинской услуги | Условия и сроки ожидания оказания медицинской услуги | Стоимость медицинской услуги |
|-------|---------------------------------|--|------------------------------|
| 1.    |                                 |  |                              |
| 2.    |                                 |  |                              |
| 3.    |                                 |  |                              |
| 4.    |                                 |  |                              |

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

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

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. 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, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить Потребителя/Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.3. 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.

**2.2. Потребитель/Заказчик обязуется:**

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

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

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

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Получать от Потребителя/Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

**2.4. Потребитель/Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

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

2.5. Потребитель/Заказчик и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет: \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) рублей

3.2. Оплата Потребителем/Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 3.1. 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.

3.3. Потребитель/Заказчик ознакомлен с прејскурантом до подписания настоящего договора.

#### **4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

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

4.2. 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.

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

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

4.5. Потребитель/Заказчик 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.

4.6. 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, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

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

4.8. Потребитель (законный представитель потребителя) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных 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.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. 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.

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

5.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 3% за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

5.4. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 3% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

5.5. Сумма неустойки не может превышать цену отдельного вида выполнения работы (оказания услуги).

5.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с оплатой услуг и/или исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.7. В случаях, предусмотренных п. 5.4 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

5.8. 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.

#### **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

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

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

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.5. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем в случае письменного подтвержденной Исполнителем реальной невозможности выполнить свои обязательства по данному договору либо когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) Потребителя или может содержать в себе неоправданный риск наступления подобных последствий в установленном законодательством порядке.

## 7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 7.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.  
7.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.  
7.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

## 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня подписания и действует в течении 1 месяца, за исключением случаев, указанных в пунктах 6.4, 6.5 настоящего Договора.  
8.2. Договор составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

## 9. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с Лицензией №Л041-01172-05/00355488, выданной Министерством здравоохранения Республики Дагестан (РД, г. Махачкала, ул. Абубакарова 10, тел.: 8(8722)67-58-32) от 6 августа 2020 года, действующей бессрочно:

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: дерматовенерологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; ревматологии; сестринскому делу; терапии; физиотерапии; эндокринологии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе связи заболевания с профессией.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим).

## 10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### ВНИМАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬ / ЗАКАЗЧИК!!!

**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**

| ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК: | ИСПОЛНИТЕЛЬ:  |
|-----------------------|---|
| Ф                     | ГБУ РД «РКВД»   |
| И                     | 367027, РД, г. Махачкала, ул. Санитарная 53   |
| О                     | ОГРН: 1020502459295; ИНН: 0560204920; КПП: 057201001  |
| Адрес:                | Тел.: 8(8722)63-42-35; 64-31-26; факс: 64-73-07<br>E-mail: dagkwd@mail.ru URL: www.dagkwd.ru      |
| Паспорт:              | Банковские реквизиты:<br>Отделение-НБ Республика Дагестан/УФК по Республике Дагестан г. Махачкала |
| Дата выдачи паспорта: | НКС (р/с): 03224643820000000300<br>ЕКС (к/с): 40102810945370000069                                |
| Телефон:              | Л/с 20036Ш53950 БИК: 018209001  |
| _____ / _____         | Исполнитель<br>_____  |
|                       | М.П.  |

## Уведомление и информированное добровольное согласие от Потребителя/Заказчика

Я,

при оказании мне/лицу, в интересах которого я выступаю заказчиком (ненужное зачеркнуть), медицинской помощи в ГБУ РД «РКВД», на основании заключенного договора на оказание платных медицинских услуг, **от получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи отказываюсь.**

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснена возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Также, я даю **информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**, включенные в Перечень<sup>1</sup> определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. №390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУ РД «РКВД».

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Медработник:

Потребитель/Заказчик

(подпись): \_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

<sup>1</sup> Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура.