

г.Орск

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 4» (свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, серия 56 №003212453, выдано МИФНС №10 по Оренбургской области, ОГРН 1025602002425), в лице главного врача Когана Владимира Ильича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-56-01-002135 от 28.12.2017г. (выдана Министерством здравоохранения Оренбургской области, г.Оренбург, ул.Терешковой, 33, тел.8(3532) 77-35-44, перечень услуг согласно Приложения №1 и №2 к Договору), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору указывается в Расчете стоимости медицинских услуг», являющемся неотъемлемой частью Договора.

1.3. Срок оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_

1.4. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

1.5. При заключении Договора Потребителю в доступной форме разъяснена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязан:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
- предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- обеспечить нормальные условия пребывания больного в медицинском учреждении на время лечения.

2.2. Потребитель обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- выполнять требования лечащего врача и подчиняться правилам внутреннего распорядка, установленного в учреждении.

2.3. Потребитель имеет право:

- на предоставление информации о медицинской услуге;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

### 3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании Приложения №1 к Договору по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет \_\_\_\_\_ рублей. ( \_\_\_\_\_ )

3.2. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу медицинского учреждения до окончания оказания медицинской помощи (предоплата).

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг, они выполняются с согласия Потребителя с оплатой по Прейскуранту Исполнителя.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

### 5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

### 6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор может быть изменен по соглашению Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон договора;

6.2.2. в одностороннем порядке Потребителем в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору;

6.2.3. в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Потребителем принятых на себя обязательств по договору и, невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

### 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что 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.

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

7.3. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

### 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская больница № 4» г.Орска. Юридический адрес: Оренбургская область, г.Орск, ул.Докучаева, 2 "А"

Главный врач \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

/ Коган Владимир Ильич /

/ \_\_\_\_\_ /

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

С условиями договора ознакомлен и согласен

Пациент \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ /