

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_ /П /СТ/

г. Тверь

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Тверской областной клинический онкологический диспансер» (ГБУЗ ТОКОД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Комаровой Оксаны Андреевны, действующего на основании Распоряжения (Лицензия на осуществление медицинской деятельности ГБУЗ ТОКОД выдана 13.03.2020 г. № ЛО-69-01-002515 Министерством здравоохранения Тверской области (адрес министерства: 170100 г. Тверь, ул. Советская, 23 Телефон: (4822) 32-04-82)), с одной стороны,

и гражданин (гражданка) \_\_\_\_\_ (ФИО), именуемый (именуемая) в дальнейшем «Потребитель», (с другой стороны, вместе именуемые «Стороны»), заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

### 1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

- «**платные медицинские услуги**» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

- «**потребитель**» (законный представитель потребителя, действующий в интересах потребителя) – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора, заказывающее и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания;

- «**медицинская организация**» – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности;

- «**исполнитель**» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги в рамках договора;

- «**медицинский работник**» – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

- «**лицензия**» – специальное разрешение на право осуществления Исполнителем медицинских услуг по своему профилю деятельности.

- «**заказчик**» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

### 2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее по тексту - Прейскурант), а Потребитель обязуется оплатить оказанные медицинские услуги. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.1. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

2.2.1. Платные медицинские услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Предоставление платных медицинских услуг Потребителю по настоящему Договору осуществляется при наличии Информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) (Приложение № 1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.3. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 2 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора).

2.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006);

- ознакомил его с действующим в ГБУЗ ТОКОД Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ГБУЗ ТОКОД;

- предоставил информацию о возможности 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;

2.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он дал добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.6. Срок предоставления медицинских услуг осуществляется (число, месяц, год) / (с число, месяц, год) (... к/дня).

В случае изменения срока оказания платных медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

### 3. Обязанности Сторон и участников Договора

#### 3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с перечнем платных медицинских услуг, указанных в Приложении № 2 к настоящему договору, качественно, в полном объеме, после оплаты Потребителем суммы договора в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документа, подтверждающего оплату.

3.1.2. Предоставлять Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированных медицинских работников для предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.4. Соблюдать при оказании платных медицинских услуг установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.5. Выдать потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.1.6. Предупредить Потребителя о случаях предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.7. Немедленно извещать Потребителя о возникновении препятствий, влияющих на исполнение договора.

#### 3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении № 2, до начала их оказания, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания платной медицинской услуги.

3.2.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.6. При предоставлении платных медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.7. Отказаться на весь период предоставления платных медицинских услуг от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.2.8. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.2.9. Соблюдать график приема, установленный медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.10. Соблюдать внутренний режим нахождения в ГБУЗ ТОКОД, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3. Потребитель уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги он может получить в ином лечебно-профилактическом учреждении по программе обязательного медицинского страхования.

#### 4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора и составляет ..... (Сумма прописью) рублей.

4.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем путем внесения денежных средств в ГБУЗ ТОКОД, в размере 100 % от суммы договора, не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня подписания настоящего Договора. Потребителю, в соответствии с законодательством Российской Федерации, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных платных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

#### 5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание платных медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о состоянии своего здоровья.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

#### 6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

#### 7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй у Потребителя.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента полного исполнения обязательств Сторонами.

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами. В случае не достижения Сторонами соглашения споры рассматриваются в судебном порядке.

### 8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

#### Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Тверской области «Тверской областной клинический  
онкологический диспансер»

ИНН 6903005748 КПП 695001001

ОГРН 1026900568023 ОКПО 01926188

170008, г. Тверь, ул. 15 лет Октября, д. 57/37

Тел/факс: (4822) 58-13-10

E-mail: Onkodispenser-tver@yandex.ru

Банковские реквизиты:

Министерство финансов Тверской области

(ГБУЗ ТОКОД л/с 20034042210);

р/с 03224643280000003600

кор/с 40102810545370000029

ОТДЕЛЕНИЕ ТВЕРЬ БАНКА РОССИИ/УФК

по Тверской области г. Тверь

БИК 012809106

E-mail: onkodispenser-tver@yandex.ru

#### Потребитель:

**ФИО**

**Паспорт:**

**Выдан:**

**Адрес:**

Главный врач  
М.П.

О.А.Комарова

\_\_\_\_\_ (подпись)

ОБРАЗЕЦ

**Информированное добровольное согласие Потребителя  
(законного представителя потребителя)**

Я, \_\_\_\_\_, в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ ТОКОД (далее – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку ГБУЗ ТОКОД моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

**Потребитель:**

**Подпись** **ФИО**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

### Перечень оказываемых платных медицинских услуг

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Кол-во единиц	Стоимость единицы услуги (руб.)	Общая стоимость медицинских услуг (руб.)	Срок предоставления услуги
1.					
<b>ИТОГО:</b>					

**Исполнитель:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Тверской областной клинический онкологический диспансер»

Главный врач О.А.Комарова  
М.П.

**Потребитель:**

**ФИО**

\_\_\_\_\_ (подпись)