

Государственное учреждение здравоохранения "Краевой врачебно-физкультурный диспансер" (ГУЗ КВФД), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бутыльского Андрея Николаевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и «Потребитель» (несовершеннолетний) и «Заказчик» (законный представитель несовершеннолетнего) чьи идентификационные данные указаны в разделе 7 настоящего договора, с другой стороны, в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги, в соответствии с перечнем указанным в смете (Приложение №1), а Заказчик обязуется их оплатить и выполнить требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг.

1.2. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-75-01-001600 от 20.11.2019г. (действует бессрочно), выданная Министерством здравоохранения Забайкальского края распространяется на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (лабораторную диагностику; лечебную физкультуру; медицинскую статистику; медицинский массаж; сестринское дело; сестринское дело в педиатрии; физиотерапию; функциональную диагностику), на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (детскую кардиологию; детскую хирургию; кардиологию; мануальную терапию; неврологию; организацию здравоохранения и общественное здоровье, эпидемиологию; оториноларингологию (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологию; спортивную медицину; стоматологию общей практики; травматологию и ортопедию; ультразвуковую диагностику; физиотерапию; функциональную диагностику; хирургии).

1.3. Исполнитель приступает к оказанию услуг только после получения оплаты. Сроки ожидания платных медицинских услуг относящихся к:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (кроме лечебной физкультуры, физиотерапии и медицинского массажа) – в течение 4-х часов с момента оплаты услуг;
- первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях – в течение 4-х часов с момента оплаты услуг;
- первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях – в течение 4-х часов с момента оплаты услуг.

Сроки ожидания на занятия по лечебной физкультуре, на сеанс физиотерапии или медицинского массажа – 5 минут при условии посещения в назначенное врачом время.

1.4. Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: Забайкальский край, г Чита, ул. Бабушкина, д. 72

2. Стоимость услуги и порядок расчетов.

2.1. Стоимость медицинских услуг рассчитывается в соответствии Прейскурантом цен на медицинские услуги ГУЗ КВФД (<http://kvfd.ru>).

2.2. Стоимость медицинских услуг указывается в смете (Приложение №1), являющейся неотъемлемой частью договора.

2.3. Потребитель осуществляет предоплату в 100% размере от стоимости услуг в российских рублях в наличной или безналичной форме в день заключения договора.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать услуги на основе клинических рекомендаций в строгом соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации

3.1.2. Оказать услуги в полном объеме в оговоренные сроки.

3.1.3. Обеспечить конфиденциальность информации о состоянии здоровья Потребителя, ставшей известной Исполнителю в связи с исполнением обязательств по настоящему Договору.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказаться от исполнения Договора в случае 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.

3.2.2. Требовать от Потребителя предоставления информации о состоянии его здоровья (ранее перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т.п.), необходимой для оказания медицинских услуг согласно настоящему Договору.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Соблюдать Правила поведения пациента в ГУЗ КВФД.

3.3.2. Информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных и врожденных заболеваниях, операциях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых лекарствах.

3.3.3. Сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинских услуг, неукоснительно выполнять медицинские предписания, не осуществлять самостоятельного лечения, не рекомендованного в связи с оказанием медицинских услуг

3.3.4. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. Получить услугу в полном объеме в сроки, указанные в Договоре.

3.4.3. Получить полную достоверную информацию о методах лечения, применяемых Исполнителем технологиях и медицинских препаратах, о результатах обследования и лечения, о существующих рисках отказа от лечения.

3.5. Заказчик обязан оплатить услуги в соответствии с условиями договора.

3.6. Заказчик вправе потребовать составления Акта об оказании услуг.

3.7. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора в порядке и случаях, предусмотренных законодательством.

4. Иные условия

4.1. Потребитель, подписывая настоящий договор, считается уведомленным о том что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "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..

4.2. Должностные лица ГКУ ГАЗК по устному обращению Заказчика в течение 3-х рабочих дней выдают медицинские документы (справки, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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.

5. Ответственность сторон.

5.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, а так же вред причиненный Потребителем имуществу Исполнителя подлежит возмещению в соответствии с законодательством.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или неполное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если они докажут, что это неисполнение явилось следствием непредвиденных обстоятельств чрезвычайного характера, при условии, что данные обстоятельства непосредственно повлияли на выполнение настоящего Договора.

5.3. Исполнитель нарушивший права Потребителя помимо гражданско-правовой ответственности несет так же административную ответственность.

6. Заключительные положения.

- 6.1. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя, третий – у Заказчика.
- 6.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента полного исполнения обязательств сторонами.
- 6.3. В настоящий договор, по соглашению сторон могут быть внесены изменения. Все изменения оформляются сторонами в письменной форме.
- 6.4. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон путем подписания соответствующего соглашения.
- 6.5. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон при соблюдении условий ст. 782 ГК РФ. Так как нарушение Потребителем и обязанностей, предусмотренных пунктами 3.3.1.-3.3.4. либо препятствует оказанию медицинской услуги, либо может негативно повлиять на результат услуг, то это является основанием для одностороннего отказа Исполнителя от исполнения настоящего Договора.
- 6.6. Сторона, принявшая решение отказаться от исполнения договора должна направить другой стороне письменное уведомление по адресу, указанному в договоре.
- 6.7. Все, что не предусмотрено настоящим договором регулируется локальными нормативными актами Исполнителя, и действующим законодательством РФ.

7. Идентификационные данные и подписи сторон.

Заказчик (законный представитель несовершеннолетнего)

ФИО: _____

Адрес: _____

Паспорт сер. _____ № _____ выдан _____

Телефон: _____ подпись _____

Потребитель (несовершеннолетний)

ФИО: _____

Адрес: _____

Паспорт/ Св-во о рождении сер. _____ № _____ выдан _____

Телефон: _____ подпись _____

Исполнитель

Государственное учреждение здравоохранения "Краевой врачебно-физкультурный диспансер"

Адрес: 672007, Забайкальский край, г Чита, ул. Бабушкина, д. 72

Официальный сайт: <http://kvfd.ru>.

ОГРН 1027501158926

ИНН 7536011110

Главный врач _____ Бутыльский А.Н.

Приложение №1 ДОГОВОРУ № _____
об оказании платных медицинских услуг
от « _____ » _____ 202 ____ г.

Смета

№	Наименование услуги	Цена за 1 ед. (руб.)	Кол-во	Общая цена (руб.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Итого				

Исполнитель

Заказчик

ФИО _____
подпись _____

Потребитель

Главный врач _____ Бутыльский А.Н.

ФИО _____
подпись _____