

Долгову Алексею Юрьевичу

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение медицинских услуг, оказываемых на платной основе по договору № ____ от _____ года.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, "Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов", согласно постановления Правительства Вологодской области от 28.12.2022 №1444.

Подпись потребителя _____ « » _____ 2024 г

(8173878) 2-11-53

Опу_vu@mail.ru, <https://m35-vucrb.gosuslugi.ru>**ДОГОВОР****возмездного оказания услуг**

г. Великий Устюг

01 января 2024 г.

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ, 01.01.1990

именуемый в дальнейшем «Потребитель» с одной стороны и бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Великоустюгская центральная районная больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия №000954434 от 15.11.2002 г., выданного Межрайонной инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам №10 по Вологодской области, лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01135-35/00367843 от 16.12.2019 г., выданную Департаментом здравоохранения Вологодской области, в лице и. о. главного врача Долгова Алексея Юрьевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор об оказании платных медицинских услуг:

Исполнитель оказывает услуги на базе поликлиники, по адресу: г. Великий Устюг, Советский проспект, д. 30.

№ п/п	Номенклатура	Цена	Количество	Сумма
1				

Итого:

Данные услуги оказываются на основании Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 84; Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 "О защите прав потребителей" ст.39.1; постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»; приказа департамента здравоохранения Вологодской области от 14.02.2013 г. №78 "Об утверждении Порядка определения цен(тарифов) бюджетными учреждениями, в отношении которых департамент здравоохранения области осуществляет функции и полномочия учредителя".

I. Права и обязанность сторон**1. Исполнитель:**

1.1. Обеспечивает оказание предусмотренных настоящим договором платных медицинских услуг в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

1.2. Соблюдает требования Закона РФ «О защите прав потребителей».

1.3. Качественно и в срок оказывает данные услуги.

Качество платных медицинских услуг должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям. Срок оказания услуг оговаривается сторонами при заключении настоящего договора: _____

1.4. Обеспечивает Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, режимом работы учреждения, об условиях предоставления и получения этих услуг.

1.5. Исполнитель имеет право отказать в оказании медицинской услуге: при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя; при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Потребителю;

2. Потребитель:

2.1. Добровольно оплачивает медицинскую услугу.

2.2. Строго выполняет все назначения и требования лечащего врача, медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.

согласен 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, Исполнитель не несет ответственность за их возникновение.

я добровольно изъявляю желание получить медицинские услуги, включая медицинскую помощь по видам помощи, предусмотренным Программой государственных гарантий (в том числе с повышенным уровнем комфортности) за плату. При подписании настоящего договора, мне предоставлена информация в доступной форме 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.

2.3. Не предпринимает действий, наносящих ущерб имуществу медицинского учреждения, соблюдает права других пациентов и персонала медицинского учреждения.

2.4. Имеет право получения полной информации о медицинских услугах.

2.5. Имеет право на получение качественной медицинской услуги в объеме, предусмотренном условиями настоящего договора

2.6. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем настоящего договора.

II. Сроки и порядок оплаты медицинских услуг

1. Потребитель до оказания медицинских услуг добровольно оплачивает их стоимость по действующим тарифам на платные услуги, с которыми Потребитель ознакомился перед заключением настоящего договора, в кассу Исполнителя с выдачей квитанции установленного образца или кассового чека.

III. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора в случае нарушения Потребителем своих обязательств по договору.
3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.
4. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны после реализации процедуры досудебного урегулирования разногласий передают их на рассмотрение в судебные органы в соответствии с действующим законодательством РФ.

IV. Заключительные положения

1. Изменения и дополнения к Договору действительны, если они оформлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
2. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
3. Договор может быть расторгнут:
 - 3.1. по соглашению сторон;
 - 3.2. по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору;
 - 3.3. по инициативе Исполнителя в случае нарушения Потребителем своих обязательств по договору.
4. Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

V. Адреса и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

БУЗ ВО "Великоустюгская ЦРБ"
162390, Вологодская область, г. Великий Устюг,
Советский пр., 30
ИНН 3526008576 КПП 352601001
ОГРН 1023502693664
Отделение Вологда Банка России /
УФК по Вологодской области г. Вологда
БИК 011909101
Сч. № 03224643190000003000
тел./факс: (81738) 2-11-53
тел. отдела платных услуг: (81738) 4-61-26
тел. отделения платных услуг : (81738) 2-21-12; 4-61-10
и. о. главного врача _____ А. Ю. Долгов

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Иванов Иван Иванович
ПАСПОРТ

адрес:

телефон:

подпись

Я, Иванов Иван Иванович до заключения настоящего договора уведомлен 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 моего здоровья.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

01 января 2024 г.

подпись

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01135-35/00367843 от 16.12.2019 г. (бессрочно), выданная Департаментом здравоохранения Вологодской области, находящимся по адресу: Россия, 160000, г.Вологда, ул. Предтеченская, 19, тел.(8172) 23-00-75 доб. 1986; 1989.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:
При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гигиене в стоматологии, дезинфектологии, лечебному делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, операционному делу, паразитологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии профилактической, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии, терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, аллергологии и иммунологии, бактериологии, гигиеническому воспитанию, клинической лабораторной диагностике, мануальной терапии, неотложной медицинской помощи, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, рефлексотерапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эндокринологии, эпидемиологии, детской кардиологии, кардиологии, офтальмологии, психиатрии-наркологии, травматологии и ортопедии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: бактериологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, кардиологии, офтальмологии, травматологии и ортопедии, хирургии, детской кардиологии.

