

## Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Хасавюрт

« » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Государственное Бюджетное Учреждение Республики Дагестан «Перинатальный центр г. Хасавюрта» (далее по тексту – ГБУ РД «ПЦ г. Хасавюрта»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице гл. вр. Гаджиевой Алжанат Багавудиновны, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Заказчик» 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»** – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- **«заказчик»** – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги, в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

- **«исполнитель»** – медицинская организация (ГБУ РД «ПЦ в г. Хасавюрта»), предоставляющая платные медицинские услуги;

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

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

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

Лицензия на осуществление медицинской деятельности ГБУ РД «ПЦ г. Хасавюрта», выдана 22.01.2015г. № ЛО-05-03-000108, 28.08.2015 г. №ЛО-05-01-000974 Министерством здравоохранения Республики Дагестан (адрес министерства: 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Абубакарова, 10 Телефон: +7 (8722) 67-81-98

### 2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

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

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.2. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

подпись заказчика \_\_\_\_\_

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №1 к настоящему Договору.

2.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Заказчик 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 2012г. №1006);

- ознакомил его с действующим в ГБУ РД «ПЦ г. Хасавюрте» Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил его с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг ГБУ РД «ПЦ г. Хасавюрта» от 17 февраля 2021 г.;

- уведомил его 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, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.6. Срок предоставления медицинских услуг осуществляется с «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021г.

2.6.1. В случае изменения срока оказания 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 Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся, неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.7. По заявлению Заказчика составить смету.

#### 3.2. Заказчик обязуется:

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

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

#### 3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные 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 лечения.

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

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

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

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

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ГБУ РД «ПЦ в г. Хасавюрта» , лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

#### **4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

4.2.1. 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.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](#) Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

#### **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 медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

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

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

## 7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

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

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

7.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

## 8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

### Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение  
Республики Дагестан «Республиканский  
Перинатальный центр в г. Хасавюрте»  
Адрес: 368006 Республика Дагестан г.  
Хасавюрт ул. Алиева 21  
тел. 67-33-51, 67-34-27  
ИНН0544009087, КПП 054401001  
р/с 40102810945370000069  
л/с 20036Ц76910;  
БИК 048209001  
БАНК-отделение – НБ  
Республики Дагестан  
г. Махачкала  
E-mail: [perinatal05@mail.ru](mailto:perinatal05@mail.ru)

### Заказчик

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_  
Код подразделения: \_\_\_\_\_  
Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
Юридический Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

Главный врач (Исполнитель)

\_\_\_\_\_ (А. Б. Гаджиева )  
М.П.

Заказчик

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
М.П.

**Информированное согласие  
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_ в  
рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г., желаю  
получить платные медицинские услуги в Государственном Бюджетном Учреждение Республики  
Дагестан «Перинатальный центр г. Хасавюрта» (далее по тексту - ГБУ РД «ПЦ г. Хасавюрта»)

---

---

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 Учреждением моих персональных данных, ставших ему известными, 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.

Заказчик : \_\_\_\_\_  
Паспорт: № \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021г.

подпись заказчика \_\_\_\_\_

### Перечень оказываемых медицинских услуг

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

| № | Дата | Медицинские услуги | ФИО, должность медицинского работника оказывающего медицинские услуги | Стоимость услуги (руб.) | Общая стоимость медицинских услуг (руб.) | Кол-во человек |
|---|------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|----------------|
| 1 |      |                    |                                                                       |                         |                                          |                |
|   |      |                    |                                                                       |                         |                                          |                |
|   |      |                    |                                                                       |                         |                                          |                |
|   |      |                    |                                                                       |                         |                                          |                |

#### Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение  
Республики Дагестан «Перинатальный центр  
г. Хасавюрта»  
Адрес: 368006 Республика Дагестан г.  
Хасавюрт ул. Алиева 21  
тел. 67-33-51, 67-34-27  
ИНН0544009087, КПП 054401001  
Наименование Банка: ОТДЕЛЕНИЕ -  
НБ РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН БАНКА  
РОССИИ/УФК по Республике Дагестан  
г Махачкала

БИК – 018209001

Кор. счет/ЕКС: 40102810945370000069  
Банк/казн. счет: 03224643820000000300  
Л/счет: 20036Ц76910

Е-mail: [perinata05@mail.ru](mailto:perinata05@mail.ru)

Главный врач (Исполнитель)

\_\_\_\_\_ (А.Б. Гаджиева)  
М.П.

#### Заказчик

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

Код подразделения: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Юридический Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Заказчик

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
М.П.