

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Великий Новгород

«__»____ 2023 г.

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Новгородский центр общественного здоровья и медицинской профилактики», зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Новгородской области за основным государственным регистрационным номером 1025300796718 в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Захаровой Любови Владимировны, действующая на основании Устава, на осуществление медицинской деятельности, выданной министерством здравоохранения Новгородской области и Устава, с одной стороны и граждан (ка) РФ

проживающий (ая) по адресу: _____,
именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель (Законный представитель потребителя), с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. Потребитель (Законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платную медицинскую услугу _____.

1.2 Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное согласие Потребителя (Законного представителя потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

1.3 Исполнитель обязан предоставить услугу в течение _____ дней в соответствии с режимом работы медицинской организации.

1.4 Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами и порядком оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.5 Потребитель (Законный представитель потребителя) ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение 1) и Прейскурантом цен на платные услуги.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

-оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу;
-предоставить Потребителю (Законному представителю потребителя) бесплатную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

2.2 Исполнитель имеет право:

в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренных договором.

2.3 Потребитель (Законный представитель потребителя) обязан:

информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; своевременно оплатить стоимость услуги; точно выполнять назначения врача.

2.4 Потребитель (Законный представитель потребителя) имеет право: на получение информации о медицинской услуге; на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги; отказать от получения медицинской услуги при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1 Стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту составляет _____ рублей.

3.2 Оплата оказанных медицинских услуг производится в рублях посредством (нужное подчеркнуть в зависимости от желания Потребителя):

- внесения денежных средств в кассу Исполнителя;
- внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя;

3.3 Оплата медицинских услуг производится путем (нужное подчеркнуть в зависимости от желания Потребителя):

- внесения аванса в полном объеме;
- внесения аванса при заключении договора в размере _____, оставшаяся часть выплачивается после оказания медицинских услуг;
- внесения оплаты в полном объеме после оказания медицинских услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1 В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель (Законный представитель потребителя) вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказания услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

4.2 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Законным представителем потребителя) своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

5.2 Договор может быть расторгнут по соглашению сторон либо по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

6. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 6.1 Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.
- 6.2 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:
ГОБУЗ «НЦОЗиМП»

173000, г. Великий Новгород,
ул. Б. Московская, 67
Тел. 8(8162)96-16-11
ИНН 5321063788
КПП 532101001

Главный врач
ГОБУЗ «НЦОЗиМП»
_____/Захарова Л.В./

Потребитель:

(ФИО)

(адрес места жительства и телефон)

/

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГОБУЗ «НЦОЗиМП» в соответствии с:

- лицензией № ЛО-53-01-001453 от 26 ноября 2020г., выданная министерством здравоохранения Новгородской области.
При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии профилактической; функциональной диагностике.
При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии.
При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: диетологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; функциональной диагностике.

Министерство здравоохранения Новгородской области

Почтовый адрес: 173005, Великий Новгород, ул.Кооперативная 5,
Телефон: (816 2) 732-297, 732-582 факс: (8162) 77-24-34 E-mail: medik@novreg.ru
Официальный сайт: <http://www.zdrav-novgorod.ru>