

ФОРМА

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Потребителя 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 здоровья потребителя

ДОГОВОР № _____

возмездного оказания медицинских услуг несовершеннолетнему (ей), не достигшему (ей) возраста 15 лет
Тюменский район «__» _____ г.

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-002568 от 29 августа 2017 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего (ей) на основании _____ с одной стороны, и _____,

(Ф.И.О.)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего (ей), не достигшего (ей) возраста 15 лет

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

именуемого (ой) в дальнейшем «Потребитель», руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 232-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 232-ФЗ и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

1.1.1. Полное и сокращенное наименование: Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» (АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»).

1.1.2. Адрес места нахождения: 625503, Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 625503, Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 72 № 001506970 выдано ИФНС по г. Тюмени № 3 27.12.2007 г.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия № ЛО-72-01-002568 от 29 августа 2017 г. выдана Департаментом здравоохранения Тюменской области, 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48. Тел. (3452) 42-78-00.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора платные медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объемы и сроки их оказания указываются (содержатся) в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. При заключении Договора Заказчику (законному представителю Потребителя) предоставлена в доступной форме информация 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

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

Исполнитель _____

Заказчик _____

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Заказчика);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, указывается в Приложении № 1 к настоящему договору.

Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

3.2. Общая стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору составляет _____ (_____) рублей ____ копеек.

3.3. Стороны согласны, что оплата конкретной услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.4. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.5. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (законный представитель Потребителя) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.6. По требованию Заказчика (законного представителя Потребителя), оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы РФ.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (законного представителя Потребителя) и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Заказчик (законный представитель Потребителя) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя).

4.8. Заказчик (законный представитель Потребителя) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика и Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

4.9. Заказчик (законный представитель Потребителя) имеет право в соответствии со ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ:

- на выбор врача и медицинской организации согласно настоящему федеральному закону;
- на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- на получение консультаций врачей-специалистов;
- на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья Потребителя, выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- на получение лечебного питания в случае нахождения Потребителя на лечении в стационарных условиях;

Исполнитель _____

Заказчик _____

- на защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- на отказ от медицинского вмешательства;
- на возмещение вреда, причиненного здоровью Потребителя при оказании ему медицинской помощи;
- на допуск к Потребителю адвоката или законного представителя для защиты его прав;
- на допуск к Потребителю священнослужителя, а в случае нахождения Потребителя на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для совершения религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

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

5.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг, а также условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. В случаях, предусмотренных п. 5.3. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Заказчика (законного представителя Потребителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе законного представителя Потребителя, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах: первый из которых - для Исполнителя, а второй - для Заказчика (законного представителя Потребителя).

8. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной
реабилитации «Пышма»

ЗАКАЗЧИК (законный представитель)

(фамилия, имя и отчество (если имеется))

(должность)

(подпись)
М.П.

(ФИО)

Подпись Заказчика _____

ПЕРЕЧЕНЬ
платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю

№	Наименование услуги	Срок оказания услуги	Кол-во услуг	Стоимость за ед. услуги	Сумма
1.					
2...					
ИТОГО:					

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания согласованы сторонами.

ИСПОЛНИТЕЛЬ
АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

ЗАКАЗЧИК (законный представитель)

(фамилия, имя и отчество (если имеется))

(должность)

(подпись)
М.П.

(ФИО)

Подпись Заказчика _____

АКТ ОБ ОКАЗАННЫХ УСЛУГАХ № _____

по договору возмездного оказания медицинских услуг несовершеннолетнему (ей), не достигшему (ей) возраста 15 лет
№ _____ от «___» _____ 20__ г.

Тюменский район

«___» _____ г.

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-002568 от 29 августа 2017 г. именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей (ей) на основании _____, с одной стороны, и _____,

(Ф.И.О)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего (ей), не достигшего (ей) возраста 15-лет, _____,

(Ф.И.О.)

именуемого (ой) в дальнейшем «Потребитель», подписали настоящий акт, о том что:

Исполнитель оказал Потребителю платные медицинские услуги в объеме, установленном договором.

К качеству, объемам и срокам оказания услуг Потребителю Заказчик (законный представитель Потребителя) претензий не имеет.

Настоящий Акт подписан Сторонами в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

Заказчик (законный представитель):

(Ф.И.О.)

Адрес места нахождения: 625503, Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.
ИНН 7224037183, КПП 722401001,
ОГРН 1077203065521

Адрес места жительства: _____

_____/_____/_____/_____

(подпись)

(Ф.И.О.)

(должность)

(подпись)

(ФИО)

М.П.

Исполнитель _____

Заказчик _____