

ДОГОВОР № _____
возмездного оказания медицинских услуг несовершеннолетнему (ей), достигшему (ей) возраста 15 лет

Тюменский район

«___» _____ г.

Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» (АУ СОИ ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующей 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), достигшего (ей) возраста 15 лет _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

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 Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006» (далее по тексту Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736), заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-002568 от 29 августа 2017 г., бессрочно выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области (адрес места нахождения: 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, тел. (3452)68-45-65, e-mail: dzto@72to.ru), руководствуясь Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, которая находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» - <http://centrpyshma.ru>.

1.3. 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.

1.4. Заказчик и Потребитель подтверждают, что до заключения настоящего договора Исполнитель:

- ознакомил Заказчика и Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736);

- ознакомил Заказчика и Потребителя с действующими у Исполнителя Правилами внутреннего распорядка для потребителей медицинских услуг;

- ознакомил Заказчика и Потребителя с Лицензией на осуществление медицинской деятельности и с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией;

- ознакомил Заказчика и Потребителя с действующими у Исполнителя Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил Заказчика и Потребителя 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;

- уведомил Заказчика и 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.

1.5. Подписав настоящий Договор, Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель подтверждают, что платные медицинские услуги оказываются на основе их добровольного волеизъявления, а также их согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

1.6. В случае изменения условий настоящего Договора Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.7. Услуги Исполнителя считаются принятыми Заказчиком и Потребителем в полном объеме и без претензий по умолчанию, если Заказчик или Потребитель при приемке услуг письменно не заявит Исполнителю мотивированные возражения.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Заказчик и Потребитель предоставляют Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.2. Исполнитель обеспечивает участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору, режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. Заказчик и Потребитель незамедлительно ставят в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

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

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя.

2.6. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель дают 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.

2.7. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

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

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

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

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

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 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, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать ему справку об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы РФ.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ФОРС МАЖОР

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

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

4.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг. Заказчик и Потребитель несут ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за ненадлежащее исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор заключен до 31.12.2023 г. и может быть изменен и (или) расторгнут по основаниям и в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Заказчик и (или) Потребителя вправе в любой момент расторгнуть договор в одностороннем порядке, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор на оказание медицинских услуг составлен в трех экземплярах: первый из которых - для Исполнителя, второй - для Заказчика и третий - для Потребителя.

6.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут решать по возможности путем переговоров, в случае недостижения согласия, в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.3. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора:

Приложение № 1. Перечень медицинских услуг.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК (законный представитель)

ИСПОЛНИТЕЛЬ

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

ОГРН 1077203065521

ИНН/КПП 7224037183/722401001

Зарегистрировано 27.12.2007 ИФНС по г. Тюмени № 3,

Свидетельство ОГРН серия 72 № 001506970

Юридический адрес: 625530, Тюменская область, м. р-н Тюменский, с. п. Винзилинское, тер. ФАД Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км 28-ой, зд.8.

Адрес осуществления медицинской деятельности:

Тюменская область, м. р-н Тюменский, с. п. Винзилинское, тер. ФАД

Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км 28-ой, зд.8.

Тел. (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф)

E-mail: pyshma@obl72.ru

Департамент финансов ТО (АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»

ЛС 001050871ЦВРП) №счета 03224643710000006700

№ счета банка 40102810945370000060

Банк: УФК по Тюменской области г.Тюмень

БИК 017102101

_____ (фамилия, имя и отчество (если имеется))

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

Подпись Заказчика _____

_____ (должность)

_____ (подпись)

М.П.

_____ (ФИО)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

_____ (фамилия, имя и отчество (если имеется))

Дата рождения: _____

Адрес места жительства: _____

Данные документа, удостоверяющего личность: серия _____ № _____, дата _____, выдан _____

Телефон: _____

Подпись Потребителя _____

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских услуг, оказываемых Потребителю

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

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

ИСПОЛНИТЕЛЬ

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

ОГРН 1077203065521
ИНН/КПП 7224037183/722401001
Зарегистрировано 27.12.2007 ИФНС по г. Тюмени № 3,
Свидетельство ОГРН серия 72 № 001506970
Юридический адрес: 625530, Тюменская область, м. р-н Тюменский,
с. п. Винзилинское, тер. ФАД Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км
28-ой, зд.8.
Адрес осуществления медицинской деятельности:
Тюменская область, м. р-н Тюменский, с. п. Винзилинское, тер. ФАД
Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км 28-ой, зд.8.
Тел. (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф)
E-mail: pyshma@obl72.ru
Департамент финансов ТО (АУ СОН ТО «Центр медицинской и
социальной реабилитации «Пышма»
ЛС 001050871ЦВРП) №счета 03224643710000006700
№ счета банка 40102810945370000060
Банк: УФК по Тюменской области г.Тюмень
БИК 017102101

ЗАКАЗЧИК (законный представитель)

(фамилия, имя и отчество (если имеется))

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

Подпись Заказчика _____

(должность)

(подпись)

М.П.

(ФИО)

ПОТРЕБИТЕЛЬ

(фамилия, имя и отчество (если имеется))

Дата рождения: _____

Адрес места жительства: _____

Данные документа, удостоверяющего личность: серия _____ № _____,
дата _____, выдан _____

Телефон: _____

Подпись Потребителя _____