

Договор на предоставление платных медицинских услуг №

г. Вологда

от «__» _____ 20__ г.

БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №2», в лице Главного врача Соколовой Ирины Викторовны действующей на основании Устава, лицензии № ЛО41-01135-35/00324512 от 05 сентября 2018 года, выданной Департаментом здравоохранения Вологодской области, именуемое в дальнейшем «Учреждение», с одной стороны, и гражданина(ки) _____

с другой стороны, именуемым в дальнейшем «Заказчик», действующим от своего имени, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1 «Учреждение» предоставляет «Заказчику» на основании обращения по его выбору и желанию добровольную платную медицинскую услугу по договорным ценам, согласно утвержденному прейскуранту.

Наименование услуги: _____

Стоимость услуги: _____

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Заказчик имеет право:

2.1.1. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.1.2. На сохранения врачебной тайны в соответствии с законодательством РФ.

2.1.3. На добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

2.1.4. На получение информации о состоянии своего здоровья.

2.1.5. **На получение данной услуги бесплатно на общих основаниях через регистратуру в соответствии с «Программой государственных гарантий по оказанию гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области» при наличии полиса обязательного медицинского страхования. И направления ЛПУ.**

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.2.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача.

2.3. Обязанности Заказчика:

2.3.1. Для надлежащего выполнения услуги: выполнять все предписания лечащего врача, включая сообщение необходимых для этого сведений (о перенесенных или хронических заболеваниях, аллергических реакциях)

2.3.2. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения.

2.3.3. Уважать права других пациентов, медицинского и обслуживающего персонала учреждения.

2.3.4. Выполнять предписания врача, своевременно сообщать врачу о прекращении назначенного лечения, об обращении к другим врачам по поводу возникших проблем.

2.4. Обязанности Исполнителя:

2.4.1. Исполнитель обязуется предоставить квалифицированную медицинскую услугу в соответствии с утвержденными медицинскими стандартами на территории РФ.

3. Расчеты по договору.

3.1. За оказание платной медицинской услуги «Заказчик» обязуется произвести 100% предоплату.

4. Сроки предоставления услуг.

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до выполнения обязательств сторонами.

5. Изменение, расторжение договора

5.1 Изменение, расторжение настоящего договора возможно по письменному соглашению сторон

6. Ответственность сторон.

6.1. «Учреждение» освобождается от ответственности, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло не по его вине - форс мажорные обстоятельства. Пациент информирован о программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области.

6.2. Все споры и разногласия, возникающие во время исполнения договора, решаются путем двусторонних переговоров, или в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7. Адреса и реквизиты сторон.

«Учреждение»

БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №2»
160014 г. Вологда, ул. Самойло, д.15, тел. (8172)54-60-84
ИНН 3525145322 КПП 352501001 ОГРН 1053500000267
(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 23.10.2012 г
Серии 35 №002092837, выдано Межрайонной инспекцией
Федеральной налоговой службы № 11 по Вологодской области)
банковские реквизиты: УФК по Вологодской области
(Департамент финансов Вологодской области/
БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №2»
л.с. 008.22.069.1)
р/с 03224643190000003000 Отделении Вологда Банка России/УФК по
Вологодской области г. Вологда
к/с 40102810445370000022 БИК 041909001

Главный врач _____ Соколова И.В.

«Заказчик»

Ф.И.О. _____
адрес регистрации: _____

Тел.: _____
Паспорт серия _____ № _____
выдан _____
дата выдачи _____ код подразделения _____

Договор мною прочитан, содержание понятно.

Подпись: _____

**СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОКАЗАНИЕ МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ
(РАБОТ) НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ С РАЗЪЯСНЕНИЕМ ПРАВ
НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодская городская
поликлиника №2»
(наименование ЛПУ)
И.В.Соколовой
(Ф.И.О. главного врача)
от _____
(Ф.И.О. пациента)

Я, нижеподписавшийся _____, (Ф.И.О. пациента) настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение услуг (работ), оказываемых (выполняемых) на платной основе (по договору N _____ от "___" _____ 20__ года). Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных программой государственных гарантий.

"___" _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

Администратор _____

Акт сдачи-приемки выполненных услуг (работ)

г. Вологда

"___" _____ 20__ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская городская поликлиника №2», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Соколова Ирина Викторовна, действующего на основании Устава, лицензии №ЛО41-01135-35/00324512 от 05 сентября 2018 года на оказание медицинских услуг (срок действия - бессрочно), с одной стороны, и гражданина(ки) _____,

именуемый (ой) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, составили настоящий акт о том, что платная медицинская услуга, предусмотренная всеми условиями договора выполнена в полном объеме и с надлежащим качеством.

Стороны взаимных претензий друг к другу не имеют.

Исполнитель

Заказчик

Главный врач _____ И.В. Соколова.

"___" _____ 20__ г.

"___" _____ 20__ г.

М.П