

Договор № _____
на предоставление платных услуг

г. Липецк _____

Г.

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной онкологический диспансер», в лице начальника отдела по оказанию платных медицинских услуг Парышевой Екатерины Сергеевны, действующей на основании Доверенности №14 от 13.05.2024г., выданной главным врачом Шинкаревым Сергеем Алексеевичем, действующим на основании Устава, именуемый в дальнейшем Исполнитель, и

Фамилия Имя Отчество

именуемый в дальнейшем Пациент с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Предметом настоящего Договора является оказание платных сервисных услуг, обусловленных предоставлением Пациенту медицинской помощи.

№	Наименование услуг	Стоимость, руб.	Количество дн.	Сумма, руб.	Дата оказания услуги
1					
2					
3					
4					
5					
6					

1.2. Пациенту известен порядок оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ и он согласен оплатить пребывание в маломестной палате повышенной комфортности в период получения медицинской помощи. К палатам повышенной комфортности относятся: одно-двухместные палаты оснащенные санузлом, умывальником, холодильником, электрочайником, телевизором, кондиционером.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов

2.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате Пациентом, за предоставленные услуги в соответствии с действующим в учреждении прейскурантом, составляет: _____.

2.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом в размере указанном в пункте 2.1 настоящего договора в течение 4-х дней с момента подписания договора путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. Расчеты с Пациентом осуществляются с применением контрольно-кассовых машин.

3. Сроки оказания услуг

3.1. Срок оказания услуг с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

3.2. Срок оказания платных сервисных услуг не может превышать срок оказания Исполнителем медицинской помощи Пациенту.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Предоставить Пациенту услуги в соответствии с действующим прейскурантом.

4.1.2. Предоставить Пациенту бесплатную информацию о предоставляемой услуге

4.1.3. Содержать палату повышенной комфортности в надлежащем санитарном состоянии, проводить ежедневную уборку помещения в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Получить от Пациента плату за предоставленные услуги в размере, установленном в разделе 2 настоящего договора.

4.2.2. Отказать в предоставлении услуг в случае неоднократного нарушения Пациентом установленных правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, причинение ущерба Исполнителю (повреждение, утрата имущества и др.)

4.3. Пациент обязан:

4.3.1. Оплатить услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

4.3.2. Соблюдать установленные правила внутреннего распорядка лечебного учреждения. 4.3.3. Не предпринимать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан, соблюдать права других пациентов и персонала медицинского учреждения, бережно относиться к имуществу Исполнителя (при поломке или неисправности сообщить дежурной медицинской сестре, если поломка произошла по вине Пациента – возместить ущерб).

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. Требовать предоставления сведений о расчете стоимости предоставляемых услуг.

4.4.2. Обратиться с жалобой к руководителю или иному должностному лицу Исполнителя

4.4.3. Отказаться от услуг в любое время, возместив Исполнителю фактически понесенные затраты.

4.4.4. Получить бесплатную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.2. В случае возникновения разногласий между Пациентом и Исполнителем стороны примут все меры для разрешения их путем переговоров.

6. Изменение и прекращение договора

6.1. Изменение и прекращение договора возможны по соглашению сторон.

6.2. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7. Заключительные положения

7.3. Все вопросы, не урегулированные в настоящем договоре, разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр для Пациента, другой для Исполнителя.

8. Адреса, реквизиты, подписи

Исполнитель: ГУЗ «ЛООД»	Пациент:
Юридический адрес: 398005, г. Липецк, ул. Адмирала Макарова, 1е Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ Инспекция МНС России по Центральному району серия 48№000799428 От 29 ноября 2002 г., тел. 42-50-01	ФИО _____
Подпись _____ Парышева Е.С.	Адрес _____
	Тел. _____
	Подпись _____

Приложение № 1

Главному врачу ГУЗ «ЛООД»

С.А. Шинкареву

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

На предоставление немедицинских услуг на платной основе

На основании Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ я, _____

желаю получить платные немедицинские услуги в ГУЗ «ЛООД». Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых немедицинских услугах по размещению в палате повышенной комфортности. Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области.

Я выражаю добровольность в получении мною платных немедицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения вышеуказанной услуги, и то, что мне могут оказать аналогичные немедицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Решение об отказе в получении вышеуказанной услуги в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области принято в _____ связи с _____

_____ Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость вышеуказанной немедицинской услуги за счет своих личных средств и иных источников доходов, не запрещенных действующим законодательством. Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

В соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.2006г.№ 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку моих персональных данных в ГУЗ ЛООД.

Информацию до Пациента довел: _____

Подпись ст.медсестры

Подпись Пациента

«___» _____ 2024г.

Приложение №2

от «___» _____ 2024г.

А К Т № _____

о приемке выполненных работ (оказанных услуг)

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной онкологический диспансер», в лице ведущего специалиста по связям с общественностью онкологического отделения платных услуг Парышевой Екатерины Сергеевны, действующей на основании Доверенности №14 от 13.05.2024г., выданной главным врачом Шинкаревым Сергеем Алексеевичем, действующим на основании Устава, именуемый в дальнейшем Исполнитель, и

Пациент _____

№	Наименование услуги	Количество	Цена	Сумма
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Врач _____

Всего оказано услуг на сумму: _____

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

Исполнитель _____

Пациент _____

Парышева Екатерина Сергеевна

(ФИО пациента)