

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Севастополь

« _____ » _____ 202 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Севастопольская городская психиатрическая больница», оказывающее медицинские услуги в соответствии с Уведомлением в Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Крым и г.Севастополю от 18.05.2015 г. (№ 401 от 22.05.2015 г.), в лице главного врача Касьяновой Ларисы Степановны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

(ФИО, дата рождения)

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платные медицинские услуги: _____

Медицинский осмотр врачом психиатром, врачом психиатром-наркологом

1.2. Срок предоставления медицинских услуг с « _____ » _____ 20 г. по « _____ » _____ 20 г.

«Пациент» подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора «Исполнитель»:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);
- ознакомил его с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг ГБУЗС «Севастопольская городская психиатрическая больница» (утв. приказом главного врача от 01.12.2023 г. № 545).
- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его 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 его («Пациента») 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Пациента».

1.3. Подписав настоящий Договор, «Пациент» подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.4. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, «Пациент» (Законный представитель) дает согласие на обработку его персональных данных и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Место оказания услуг по настоящему Договору – ГБУЗС «Севастопольская городская психиатрическая больница», по адресу: г. Севастополь, Фиолентовское шоссе, 15.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом на платные медицинские услуги и составляет _____ руб.

2.2. Пациент оплачивает 100% предварительную стоимость медицинских услуг.

2.3. Оплата за медицинские услуги производится путем внесения в кассу учреждения наличных денежных средств, с выдачей чека об оплате.

2.4. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Пациентом в случае оказания дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе пациента.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

- в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи «Пациенту»;
- обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения;
- обеспечить «Пациента» всей необходимой информацией о предоставляемых услугах;

- соблюдать конфиденциальность о факте обращения, состоянии здоровья «Пациента»;
- выдать «Пациенту» кассовый чек при наличных расчетах за оказанные медицинские услуги.

3.2. «Пациент» обязуется:

- давать добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства;
- давать в доступной форме информации о состоянии своего здоровья;
- своевременно оплачивать медицинские услуги;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных услуг.

4. Ответственность сторон

4.1. «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» за:

- неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору;
- несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения;
- причинение вреда здоровью и жизни «Пациента».

4.2. «Исполнитель» не несет ответственности за качество или ненадлежащее исполнение платных услуг в случае:

- возникновение осложнений по вине Пациента (не выполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья);
- прекращения лечения по инициативе Пациента.

4.3. Претензии и споры, возникшие между «Пациентом» и «Исполнителем», разрешаются по соглашению сторон или в соответствии с законодательством Российской Федерации в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

5. Прочие условия

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и внесения Пациентом 100 % предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами обязательств по договору.

5.2. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

5.3. Все приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

6. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

«Исполнитель»

ГБУЗС «Севастопольская городская психиатрическая больница»
299014, г. Севастополь,
ул. Фиолентовское шоссе, 15
ИНН 9201015860
КПП 920101001
ОГРН 1149204047300
Банк плательщика: ОТДЕЛЕНИЕ СЕВАСТОПОЛЬ
БАНКА РОССИИ //УФК по г. Севастополю г.
Севастополь, БИК 016711001
Сч. №40102810045370000056
Плательщик: Департамент финансов города
Севастополя (ГБУЗС «СЕВАСТОПОЛЬСКАЯ
ГОРОДСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА», Л/С 20746Щ82840)
Казначейский счет 03224643670000007400

Главный врач

Л.С. Касьянова

МП _____

«Пациент»

ФИО _____

Пациент (Заказчик)

С условиями Договора об оказании платной медицинской помощи согласен, обязуюсь исполнять в полном объеме, также настоящей подписью даю согласие на обработку своих персональных данных.