

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**  
**(с физическим лицом)**

Ненецкий автономный округ  
пос. Искателей

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ненецкого автономного округа «Центральная районная поликлиника Заполярного района Ненецкого автономного округа» (далее – Учреждение), зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 4 по Архангельской области и Ненецкому автономному округу за основным государственным регистрационным номером 1038302270841 в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Балабона Александра Владимировича**, действующего на основании распоряжения Департамента здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа от «08» декабря 2021 года № 192 л/с, Устава Учреждения, лицензии на осуществление медицинской деятельностью № ЛО-83-01-000105 от 09 июля 2019 года (выданной Департаментом ЗТ и СЗН НАО, адрес нахождения лицензирующего органа: г. Нарьян-Мар, ул. Смидовича, 25, тел-8 (818-53) 4-23-91), с одной стороны, и

Гражданин(ка) РФ \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(полный адрес)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
(наименование выдавшего органа)

номер телефона \_\_\_\_\_,

«Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги, а Потребитель (Законный представитель) обязуется оплатить оказанные услуги согласно «Прейскуранту медицинских услуг», действующему на момент оказания услуг.

1.2. «Прейскурант медицинских услуг» является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг, которые находятся на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Потребителя (Законного представителя), а также размещённых посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте <http://crpnao.ru/patients>.

1.3. Подписание настоящего Договора Потребителем свидетельствует о получении Потребителем полной информации от Исполнителя о состоянии своего здоровья, наличии (отсутствии) заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики.

1.4. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги сверх объема оказываемой медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на территории Ненецкого автономного округа:

\_\_\_\_\_ (перечислить медицинские услуги, стоимость)

Итоговая сумма: \_\_\_\_\_  
(цифрами) \_\_\_\_\_ (прописью)

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать услуги по настоящему Договору по месту своего нахождения и своими силами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего Договора и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации, которыми предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, в установленный настоящим Договором срок.

2.1.3. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения: о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, профессиональном образовании, режиме работы; о методах оказания медицинской услуги связанной с ней рисками возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим Российским законодательством по направлениям.

2.1.4. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. В случае если при предоставлении услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

2.2.2. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.2.3. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

## **2.3. Потребитель обязан:**

2.3.1. Предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

2.3.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3.3. Строго выполнять медицинские предписания.

2.3.4. Оплатить предоставленную Исполнителем услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

## **2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. На предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге.

2.4.2. Ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги.

2.4.3. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

2.4.4. Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно денежную сумму, оплатив при этом Исполнителю фактически понесённые расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

2.5. С учётом технологии выполнения медицинской услуги Потребитель должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Потребителя.

2.6. В случае, если при предоставлении услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие услуги оказываются без взимания платы.

## **3. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

3.1. После оплаты услуг по настоящему Договору Потребителю выдаются квитанция об оплате, контрольно-кассовый чек и наряд-заказ с отметкой об осуществлении оплаты, с которыми Потребитель обращается к соответствующим специалистам учреждения за получением оплаченных услуг. В случае необходимости Потребитель предоставляет врачам (специалистам) Учреждения иные медицинские документы.

3.2. Перечень услуг, которые надлежит оказать Исполнителю, определяется Потребителем (Законным представителем) самостоятельно в соответствии с «Прейскурантом медицинских услуг».

3.3. Срок оказания медицинских услуг, предусмотренных условиями настоящего Договора, составляет 3 (Три) месяца.

3.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.6. Информацию о периодичности и времени проведения осмотров врачами-специалистами и исследований можно уточнить в регистратуре Учреждения по тел. 8 (81853) 4-77-04.

## **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За нарушение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей (пропуск без уважительной причины срока оказания услуг) или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

4.4. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить оказание по его вине.

4.5. Контроль за соблюдением правил предоставления Исполнителем платных медицинских услуг осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

## 5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Информация о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

5.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, может предоставляться Исполнителем без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Непосредственно до оказания медицинских услуг Потребитель (Законный представитель) подписывает Согласие на обработку персональных данных.

*(Отказ пациента от подписания Согласия не может послужить основанием для отказа в заключении договора).*

## 6. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

6.1. Расчёт за медицинские услуги производится непосредственно после подписания Договора в порядке 100 (Ста) % предоплаты в наличной или безналичной форме в Российских рублях.

## 7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

## 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует в рамках срока, указанного в п. 3.3. настоящего Договора.

## 9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Споры и разногласия решаются путём переговоров и (или) в судебном порядке.

9.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договариваются о проведении независимой экспертизы.

9.3. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего Договора обязательно предъявление письменной Претензии, которая рассматривается другой Стороной в течение 20 (Двадцати) календарных дней.

9.4. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

## 10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### «Исполнитель»

ГБУЗ НАО «ЦРП ЗР НАО»

Юридический и почтовый адрес:  
166700, Ненецкий автономный округ,  
пос. Искателей, ул. Губкина, д. 13

Банковские реквизиты:

ИНН/КПП 8301040107/298301001

ОГРН 1038302270841

Отделение Архангельск г. Архангельск

БИК 041117001

Лицевой счёт 20846У71570

Расч. счёт № 40601810140301002502

тел./факс 8 (81853) 4-76-96

e-mail: [crpzrnao@yandex.ru](mailto:crpzrnao@yandex.ru)

Главный врач

ГБУЗ НАО «ЦРП ЗР НАО»

### «Потребитель»

\_\_\_\_\_  
Фамилия

\_\_\_\_\_  
Имя

\_\_\_\_\_  
Отчество

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
Подпись

А.В. Балабон  
Расшифровка подписи

М.П.