Договор №

на оказание платных медицинских услуг

г. Анапа «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014г.

Открытое акционерное общество «Санаторий «Родник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Рафикова Г. Р., действующей на основании доверенности № 57 от 02.09.2013 г., с одной стороны, и Пациент/ законный представитель Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

*1. Предмет договора*

1.1.Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в возрасте \_\_\_\_\_ лет медицинские услуг, отвечающие требованиям, предъявляемым к лечению, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и в размере, установленные настоящим Договором.

*2. Права и обязанности сторон*

2.1.Исполнитель обязуется:

2.1.1. ознакомить Заказчика с информированным согласием об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему договору);

2.1.2. обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения, соблюдение требований действующего законодательства в области здравоохранения;

2.1.3. обеспечить Заказчика информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, о квалификации специалистов;

2.1.4. своевременно информировать Заказчика о применяемых к Пациенту методах обследования и лечения, возможности развития осложнений;

2.1.5. после проведения лечения выдать Заказчику выписку из истории болезни Пациента;

2.1.6. оформлять и вести медицинскую документацию, установленную действующим законодательством Российской Федерации;

2.1.7. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);

2.1.8. обеспечить Заказчику по его просьбе получение информации о состоянии здоровья Пациента.

2.2.Исполнитель имеет право:

2.2.1. определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг. В случае возникновения неотложных состояний при отсутствии законных представителей Пациента самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим договором.

2.2.2. отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий Пациенту, немедленно уведомив его об этом, в случаях:

- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;

- в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора;

- при предоставлении Заказчиком неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента;

- при нарушении Заказчиком (Пациентом) правил внутреннего распорядка учреждения.

2.3.Заказчик обязуется:

2.3.1. ознакомиться и подписать информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1), являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. Без подписанного информированного согласия настоящий договор недействителен;

2.3.2. оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

2.3.3. для качественного предоставления медицинских услуг сообщить до начала ее оказания:

- все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;

- о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях;

2.3.4. точно выполнять назначения врача или способствовать их выполнению (в зависимости от возраста Пациента);

2.3.5. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

2.4.Пациент имеет право:

2.4.1. отказаться от получения медицинских услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг, либо на любом этапе получения медицинских услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги.

*3. Цена и порядок оплаты медицинских услуг*

3.1. стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным генеральным директором Исполнителя, с предварительной программой лечения Пациента, и складывается из сумм внесенных Заказчиков в соответствии с условиями настоящего договора в кассу Исполнителя, отраженных в приходно-кассовых документах, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора;

3.2. по желанию Заказчика, действующего в интересах Пациента, стоимость услуг может оплатить сам Заказчик или иные физические и юридические лица;

3.3. оплата услуг осуществляется в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в установленном порядке.

3.4. окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказанных медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.5. в случае если предварительная стоимость медицинских услуг превысит окончательную, Исполнитель возвращает разницу Заказчику (или иному физическому или юридическому лицу, производившему оплату лечения Пациента).

*4. Ответственность сторон*

4.1. за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации;

4.2. исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Пациенту, и не несет ответственности за действия третьих лиц;

4.3. при предоставлении Заказчиком анализов, сделанных сторонними медицинскими учреждениями, Исполнитель исходит из добросовестности Заказчика и третьих лиц и не несет ответственности в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности;

4.4. исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

*5. Порядок разрешения споров*

5.1. в случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

*6. Заключительные положения*

6.1. настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору;

6.2. настоящий договор заключен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. настоящий договор, может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке при предварительном уведомлении другой стороны не менее чем за 10 (десять) дней.

6.4. все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

6.5. по вопросам, не отраженным в настоящем договоре, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6.6. приложения № 1 к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

*7. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон*

Исполнитель:

ОАО «Санаторий «Родник»

Юридический адрес: 353456, Краснодарский край, г. Анапа, Пионерский проспект, 30

ИНН/КПП: 2301006151/230101001 Отделение № 8619 Сбербанка России

р\с 40702810330040101367 к/с 30101810100000000602 БИК 040349602

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Рафикова Г. Р./

(Представитель Пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт N \_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 1

к договору об оказании

платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20 \_ г.

Информированное согласие

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся законным представителем Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в возрасте \_\_\_\_лет, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г., желаю получить платные медицинские услуги в ОАО «Санаторий «Родник» (далее - Санаторий) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от работников Санатория полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в Санатории, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Санаторий не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Санатория.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Пациент / Законный представитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.