

Уведомление!

ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» (далее, Исполнитель) уведомляет Потребителя/Заказчика о том, что несоблюдение назначений (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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«__» _____ 20__ г. _____ / _____
(дата) (подпись) (Фамилия, инициалы Потребителя/Заказчика)

ДОГОВОР оказание платных медицинских услуг № _____

г. Самара «__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского» (сокращенное наименование: ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского»), в лице заведующего отделением _____, действующего на основании доверенности № _____ и в соответствии с Уставом, именуемое в _____ в _____ «Исполнитель», с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество — полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

1.1. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-63-01-004259 от 31.05.2017г., выданную Министерством здравоохранения Самарской области (адрес места нахождения: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73, тел: (846) 332-10-73). Лицензия предоставлена бессрочно. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, по: анестезиологии и реаниматологии, гистологии, дезинфектологии, диетологии, изъятию и хранению и (или) тканей человека для трансплантации, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской оптике, медицинской статистике, онкологии, операционному делу, организации сестринского дела, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, патологической анатомии, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, транспортировке органов и (или) тканей человека для трансплантации, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, эпидемиологии и др.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. Исполнитель обязан оказать потребителю медицинские и сопутствующие медицинским услуги в объеме видов услуг (далее, Услуги), разрешенных лицензией на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с предварительным диагнозом, назначениями лечащего врача и собственным волеизъявлением Потребителя.

2.2. Исполнитель уведомил, а Потребитель/Заказчик осознает, что в случае если оказываемые в рамках Договора Услуги полностью или частично входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и (или) иные программы, финансируемые из средств соответствующего бюджета, то Потребитель/Заказчик вправе получить такие Услуги бесплатно в соответствующих видах, объемах, порядке и на условиях, определяемых программами.

2.3. В соответствие со статьей 779 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению, что предметом настоящего Договора является процесс оказания медицинской услуги, а не ее результат.

2.4. Потребитель проинформирован, что данная услуга входит в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Самарской области на 20__ год и может быть ему оказана в порядке, предусмотренном вышеуказанной Программой государственных гарантий, но Потребитель подтверждает добровольное желание получить данную услугу именно на платной основе в ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И.Ерошевского» _____ / √ _____
ФИО подпись

2.5. До потребителя доведена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.6. до заключения настоящего Договора Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работников Исполнителя) может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье Потребителя.

2.7. С Потребителем/Заказчиком согласована расчетная рефракция (величина преломляющей силы оптической системы глаза), которую предполагается достичь в результате оперативного вмешательства):

миопия (близорукость) _____ диоптрий,
гиперметропия (дальнозоркость) _____ диоптрий,
эмметропия (отсутствие близорукости или дальнозоркости).
астигматизм до _____ диоптрий.

2.8. Потребитель информирован о том, что при безупречном техническом выполнении оперативного вмешательства и при адекватном последующем лечении достигнутая по факту оказания Услуг рефракция может отличаться от расчетной рефракции вследствие непредсказуемой индивидуальной реакции организма Потребителя на оперативное вмешательство.

2.9. Потребитель информирован о том, что наилучшая корригированная острота зрения по факту оказания Услуг, как правило, не превышает наилучшей корригированной остроты зрения до оказания Услуг.

2.10. В случае если отличие достигнутой рефракции от расчетной (п.2.7. настоящего Договора) составит 1 диоптрию и более, возможно проведение повторного оперативного вмешательства (докоррекция) в течение 6 месяцев, но не ранее, чем через 9 месяцев с даты оказания Услуг (п.5.1. настоящего Договора). Стоимость повторного оперативного вмешательства (докоррекции) определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания Услуги.

3. ЦЕНА УСЛУГ

3.1. Потребитель/Заказчик подтверждает добровольное желание получить Услуги на платной основе при самостоятельном обращении:

Отделение (код)	№ по прейскуранту	Наименование услуги	Вид стационара	Кат.сло жн	Кол-во	Цена за ед.(руб.коп.)	Сумма (руб.коп)

3.2. Стоимость Услуг составляет: _____ (_____) рублей.

3.3. Цена является твердой.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя и его согласия приобрести медицинскую услугу на условиях и в размере, установленном Исполнителем на возмездной основе за счет собственных средств, о чем свидетельствует подписание Потребителем настоящего договора и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

4.2. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.3. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных услуг.

4.4. Платные медицинские услуги предоставляется только при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Потребителя.

5. СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Срок оказания Услуг по соглашению сторон: с «_» _____ 20_ г. по «_» _____ 20_ г.

5.2. Виды и сроки предоставления Услуг, оказываемых Потребителю дополнительно, сверх обозначенных в п. 3.1., 3.2. Договора, согласовываются Сторонами в соответствующих дополнительных соглашениях, являющихся неотъемлемой частью Договора.

5.3. Оплата Услуг Потребителем/Заказчиком производится в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания Услуг, наличным платежом в кассу или безналичным способом на расчетный счет Исполнителя. Расчеты за Услуги производятся в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг; либо авансовым платежом в размере _____ до получения услуг, оставшаяся часть вносится по факту оказания услуг; либо по факту получения услуг.

5.4. В случае отказа Потребителя от получения Услуг после заключения Договора, до или в процессе оказания ему Услуги (в том числе и комплексной), отказ оформляется записью в медицинской документации, на основании письменного заявления Потребителя. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.5. Возврат уплаченных Потребителем/Заказчиком денежных средств в случае отказа от получения Услуг производится Исполнителем при предъявлении паспорта Потребителя/Заказчика в течение 30 рабочих дней через кассу Исполнителя либо на расчетный счет, открытый в банке (кредитной организации).

5.6. Подтверждение факта оказания услуг: факт оказания услуг исполнителем и получения их Потребителем должен быть подтвержден актом об оказании услуг, подписанный обеими сторонами.

5.6.1. Акт об оказании услуг должен быть составлен и подписан сторонами не позднее 3 суток с момента оказания услуг в полном объеме.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Потребитель обязан:

6.1.1. предоставить Исполнителю полную, правдивую и достоверную информацию лечащему врачу о состоянии здоровья (врожденные или приобретенные, острые или хронические заболевания, а также принимаемые медикаментозные препараты; аллергические реакции на лекарственные средства, иных факторах, которые могут повлиять на качество оказания Услуг), и иную информацию, указанную в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, от которых зависит качество оказания медицинской услуги;

6.1.2. выполнять все медицинские назначения, рекомендации и требования медицинского персонала Исполнителя; соблюдать лечебно-охранительный режим и иные условия, перечисленные в добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

6.1.3. заблаговременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, требующих отмены или изменения установленного срока получения Услуг, при этом у него возникает обязанность оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы;

6.1.4. оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг согласно прейскуранта в соответствии с пунктами 3.1, 3.2. настоящего Договора, действующего на момент оказания услуги;

6.2. Потребитель вправе:

6.2.1. На информацию об исполнителях медицинских услуг (квалификация, ученая степень врача, наличие сертификата специалиста и т.д.) и лицензия учреждения.

6.2.2. На получение в доступной для понимания форме информации о технологии оказания медицинской услуги, возможных последствиях и осложнениях, а также о наличии альтернативных видов подобного рода услуг с целью обеспечения права на информированный выбор.

6.2.3. На качественное, своевременное и безопасное для жизни и здоровья оказание медицинских услуг.

6.2.4. Получать от Исполнителя медицинские документы и сведения о состоянии здоровья Потребителя в соответствии с порядком и условиями, установленными действующим законодательством РФ;

6.2.5. Отказаться от медицинской услуги в любое время, оплатив при этом Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.3. Исполнитель обязуется:

6.3.1. оказывать Потребителю Услуги качественно и в установленный срок, в соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", с использованием методов диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории РФ, **перечисленных в лицензии на осуществление медицинской деятельности и в соответствии с Уставом и порядками, стандартами и клиническими рекомендациями;**

6.3.2. Предоставлять Потребителю полную достоверную информацию об Исполнителе Услуг, предусмотренную законодательством РФ, о предстоящих Услугах: методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах;

6.3.3. Вести учет оказанных Потребителю Услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (выдавать документ строгой отчетности установленного образца, подтверждающий факт оплаты оказанных услуг).

6.3.4. Довести до потребителя полную и достоверную информацию о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, о технологии оказания медицинских услуг, предполагаемых результатах лечения и возможных осложнениях.

6.3.5. Исполнитель предоставляет Потребителю 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 годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

6.3.6. исполнитель обязан обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6.4. Исполнитель вправе:

6.4.1. требовать от Потребителя исполнения всех рекомендаций и назначений врача, а также соблюдения режима лечения, графика посещений и своевременной оплаты Услуг;

6.4.2. переносить сроки оказания Услуг по своему усмотрению (в том числе по медицинским показаниям) в случае изменений в состоянии здоровья Потребителя (состояния, являющиеся противопоказанием к оказанию Услуг), несоблюдения Потребителем назначений и рекомендаций Исполнителя, нарушений условий, перечисленных в п. 6.1.1, 6.1.2 и в добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство, по иным причинам.

6.4.3. расторгнуть договор в одностороннем порядке в связи с невозможностью его исполнения по причине ухудшения качества оказываемых услуг по вине Заказчика.

6.4.4. переносить сроки оказания Услуг при отсутствии врача по уважительным причинам (по состоянию здоровья, в случаях командировок, повышения квалификации и т.д.) - в случае явки не в назначенное время, опоздания на прием.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ. Исполнитель устраняет недостатки оказанных услуг в разумный срок, указанный потребителем. Стороны освобождаются от ответственности, если надлежащее исполнение договора невозможно из-за непреодолимой силы – чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

7.2. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

- он принял все меры надлежащего исполнения своих обязательств, проявил все степень заботы и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала (на основании п. 1 ст. 401 Гражданского кодекса РФ).

- неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы.

- если потребитель умышленно или неосторожно скрыл или дал исполнителю ложную, неполную/недостоверную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях, наличии медицинских показаний (противопоказаний), в документах, имеющих отношение к настоящему договору, информацию, перечисленную в п.6.1.1., п. 6.1.2., а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2. В течение срока действия договора он может быть досрочно прекращен, изменен в письменной форме по желанию одной из Сторон путем заключения соответствующего дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью Договора.

8.3. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического копирования либо аналога собственноручной подписи.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.3. Подписание настоящего договора Потребитель подтверждает, что ознакомлен с информацией о качестве медицинской услуги, технологии ее оказания, её конкретных исполнителях, о степени риска проводимых лечебно-диагностических процедур при оказании этой услуги, предполагаемых результатах и возможных осложнениях и согласен с данными условиями и информацией.

9.4. Изменение положений настоящего договора возможно по соглашению сторон. Все изменения оформляются в письменном виде путем подписания сторонами дополнений к договору. Все приложения и дополнения являются неотъемлемой частью Договора. Дополнение вступает в силу с момента подписания Сторонами.

9.5. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ. Любая из Сторон имеет право расторгнуть настоящий договор, предварительно письменно известив об этом другую сторону за 3 календарных дня до даты расторжения.

9.6. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон Договора.

Заказчик полностью понимает всю информацию, изложенную в Договоре, имел возможность задать все интересующие вопросы и получил на них исчерпывающие ответы, вопросов по существу изложенного не имеет. Заказчик ознакомлен с действующим Прейскурантом до подписания Договора. Второй экземпляр Договора Заказчик получил лично на руки.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»	«Потребитель/Заказчик»
<p>ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» ИНН 6316027610/ КПП 631601001 ОГРН 1036300554047, выдано Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Октябрьскому району г. Самары, 05.01.2003г., на бланке: серия 63 № 001009867 Юридический адрес: 443068, г. Самара, ул. Ново-Садовая, 158 БИК 043601001 Фактический адрес: 443068, г. Самара, ул. Ново-Садовая, 158 Министерство управления финансами Самарской области л/с № 612.01.015.0, р/с 40601810036013000002 в отделении Самары г. Самара тел./факс: (846) 323-00-00, 323-00-66 Заведующий отделением _____ / _____ /</p>	<p>ФИО: _____ _____ _____ Адрес: _____ _____ _____ Телефон: _____ E-mail: _____ _____ _____ _____ / _____ / <i>(подпись)</i> <i>(Фамилия, инициалы)</i></p>