

УВЕДОМЛЕНИЕ.

Я, _____ подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я проинформирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий в НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула» в случае прикрепления к данной больнице, а при отсутствии такого прикрепления – в медучреждении по месту моего жительства.

_____ (подпись)

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № _____ « _____ » _____ 201 г.

г. Тула

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула ОАО «РЖД», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», лицензия № ЛО 71-01-001927 от 24.05.2018 г. Минздрава ТО (Тула, Оборонная, 114-г, тел. 37-08-50), св-во о внесении записи в ЕГРЮЛ УФНСпоТО 71№ 001862337) в лице главного врача Головина В.А. действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ именуемый «Потребитель»

либо гр. _____ имеющий(ая) намерение заказать платные медицинские услуги в пользу Потребителя и именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

1. Потребитель просит оказать ему платные медицинские услуги и готов их оплатить, а Исполнитель предоставляет ему следующие медицинские услуги _____

2. Стоимость услуг определяется действующим у Исполнителя прейскурантом и составляет _____

3. Потребитель имеет право:

3.1. получать информацию о состоянии своего здоровья; полном перечне получаемых медицинских услуг; порядках оказания и стандартах медицинской помощи; о конкретном медицинском работнике, оказывающем ему платные медицинские услуги; о методах оказания медпомощи; связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

3.2. отказаться от получения услуг и расторгнуть договор в период его действия, возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы;

4. Потребитель обязуется:

4.1. Оплатить оказанные ему медицинские услуги в полном объеме путем их предоплаты; сообщать врачам всю информацию, связанную с его здоровьем; выполнять все рекомендации лечащего врача, в т.ч. по режиму амбулаторного лечения; соблюдать правила внутреннего распорядка больницы; требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качество медицинской услуги; удостоверять личной подписью бланки информированного согласия на лечение либо на отказ от медицинских услуг; при несогласии с условиями настоящего договора и отказе от дальнейшего получения услуг, оформить прекращение действия договора путем подачи Уведомления о его расторжении.

4.2. при заключении договора с Заказчиком права и обязанности Потребителя в части оплаты принимает на себя Заказчик.

5. Исполнитель обязуется:

Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензиям Исполнителя и Стандартам оказания медицинской помощи; предоставлять Потребителю информацию о состоянии его здоровья, перечне и стоимости медицинских услуг; о предполагаемых методах обследования и лечения; возможности развития осложнений при выполнении лечебно-диагностических процедур; обеспечить выполнение медицинских услуг силами собственных, или привлеченных специалистов.

6. Исполнитель имеет право:

6.1. определять длительность лечения, количество лечебно-диагностических процедур и с учетом этого – окончательную стоимость настоящего договора; привлекать к исполнению настоящего договора специалистов иных медицинских учреждений; расторгнуть договор в одностороннем порядке путем Уведомления Потребителя (Заказчика) при нарушении ими их обязательств; грубом нарушении Потребителем (Заказчиком) правил общения с медперсоналом и другими пациентами.

7. Потребителю разъяснено, что несоблюдение рекомендаций врача могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

8. Потребитель дает согласие на удостоверение настоящего договора факсимильной подписью главного врача.

9. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

10. Настоящий договор составлен в двух экземплярах по одному для Исполнителя и Потребителя, и в трех экземплярах в случае заключения его с Заказчиком. Вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем услуг. Подтверждением является подписание акта приема-передачи услуг, оформленное заключение по результатам диагностического обследования, запись в амбулаторной карте или справка с результатами лабораторных исследований.

11. Реквизиты, подписи сторон:

Исполнитель
НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тула»
ОАО «РЖД» 300041 Тула, ул. Д. Ульянова, 8
ОГРН 1047100326327 ИНН 7104044855
КПП 710401001

р/с 40703810000510001435 в филиале
№ 3652 ВТБ (ПАО) в г. Воронеж
к/с 30101811054520000855
приемная гл. врача 56-93-20

справочная 56-96-98
регистрация 31-60-118
Главный врач НУЗ «Отделенческая больница
на ст. Тула» ОАО «РЖД» Головин В.А.

« _____ 201 г.

Потребитель Ф.И.О. _____
прож. _____
паспорт _____
конт.тел. _____

подпись Потребителя _____ « _____ » _____ 201 г

Заказчик Ф.И.О. _____
прож. _____
паспорт _____
выдан _____
конт.тел. _____

подпись Заказчика _____ « _____ » _____ 201 г.

| | |
|--|---|
| <p align="center">Вклеивать в амб. карту пациента</p> <p>Договор № _____ от _____ Потребитель(Заказчик): Медработник: Оказанные услуги:</p> <p align="center">Медработник _____ Потребитель(Заказчик) _____</p> | <p align="center">Остается у врача</p> <p>Договор № _____ от _____ Потребитель(Заказчик): Медработник: Оказанные услуги:</p> |
|--|---|