

ФОРМА

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница» (далее – Учреждение) до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомляет потребителя, сведения о котором содержатся в Договоре на оказание платных медицинских услуг, о том что не соблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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.

_____/_____
подпись Потребителя Ф.И.О.

**ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Нижневартовск

«____» _____ 20__ г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,

_____,
действующего на основании _____, и лицензии на осуществление
медицинской деятельности №ЛО41-01193-86/00553275 от 22.12.2020, и
_____, документ
удостоверяющий личность _____, серия и номер _____,
дата выдачи _____, кем выдан _____,
_____, именуемый в дальнейшем «Заказчик»,
действующий в интересах _____, документ
удостоверяющий личность _____, серия и номер _____, дата
выдачи _____, кем выдан _____,
именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны»,
заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, указанные п. 1.2. настоящего Договора, а Заказчик обязуется оплатить оказанные медицинские услуги.

Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю в соответствии с настоящим договором (далее - Перечень), определен в приложении 1 к настоящему Договору и является его неотъемлемой частью.

1.3. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг определены в Порядке предоставления платных медицинских услуг в бюджетном учреждении Ханты-

Мансийского автономного округа – Югры «Нижеварттовская окружная клиническая больница» (далее - Порядок). Подписывая настоящий Договор Потребитель подтверждает, что он ознакомлен и выражает свое согласие с Порядком.

1.4. Условия оказания платных медицинских услуг: _____.

1.5. Форма оказания платных медицинских услуг: _____.

1.6. Срок оказания платных медицинских услуг составляет тридцать календарных дней со дня подписания настоящего Договора. Срок ожидания оказания платных медицинских услуг в плановой форме, не более 14 рабочих дней со дня обращения Потребителя к Исполнителю.

1.7. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

1.8. Потребитель в любое время может отказаться от оказания платных медицинских услуг. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

1.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя и Заказчика. Оказание дополнительным платных медицинских услуг осуществляется на после заключения дополнительного соглашения к Договору либо на основании нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

1.10. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.11. Подтверждением оказания платных медицинских услуг Исполнителем Потребителю является акт об оказании услуг, подписанный Исполнителем и Заказчиком и являющийся неотъемлемой частью настоящего Договора.

II. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

2.1. Полное наименование – бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижеварттовская окружная клиническая больница»;

Сокращённое наименование – БУ «Нижеварттовская окружная клиническая больница»;

Юридический адрес и адрес места нахождения – 628606, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Нижневарттовск, улица Ленина, дом 18;

Официальный сайт в сети Интернет - www.okbnpv.ru;

Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) - 1028600940587;

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) - 8603005902;

2.2. Адрес (а) место (а) оказания медицинских услуг: _____.

2.3. Исполнитель действует на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01193-86/00553275 от 22 декабря 2020г., срок действия лицензии – бессрочно, выданной _____ (далее – лицензия).

2.4. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указан в лицензии, в том числе: _____.

2.5. Лицензия при заключении договора предъявлена Заказчику и Потребителю для ознакомления и находится в свободном доступе на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: www.okbnpv.ru

III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Потребитель имеет право:

3.1.1. При заключении договора предоставить сведения о Потребителе (фамилия, имя, отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон, данные документа, удостоверяющего личность). При оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги;

3.1.2. Получить платные медицинские услуги, указанные в п. 1.2. настоящего договора, соответствующие требованиям к качеству оказания медицинской помощи.

3.1.3. Получить бесплатную, доступную и достоверную информации об Исполнителе и оказываемых платных медицинских услугах;

3.1.4. На оказание медицинской помощи при предоставлении платных медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

3.1.5. На квалифицированное оказание медицинских услуг и выбор врача.

3.1.6. Получить в доступной форме полную информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, о целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, о используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

3.1.7. Получить платные медицинские услуги в соответствующих санитарно-гигиенических и санитарно-эпидемиологических условиях;

3.1.8. На сохранение сведений, составляющих врачебную тайну;

3.1.9. Получить после оказания платных медицинских услуг медицинские документы, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.10. В любое время отказаться от исполнения настоящего Договора;

3.1.11. На предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

3.2. Потребитель обязан:

3.2.1. Явиться на прием (консультацию, обследование, госпитализацию) к специалистам (медицинским работникам) Исполнителя в назначенную дату, время и место.

3.2.2. Сообщать до начала оказания медицинских услуг медицинскому работнику Исполнителя, предоставляющему медицинскую услугу, достоверные сведения о своем самочувствии, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении, имеющихся аллергических реакциях и другую необходимую информацию, касающуюся своего здоровья, сообщать о любых изменениях в самочувствии в период лечения, а также проинформировать Исполнителя о своем обращении за оказанием медицинской услуги в другие медицинские организации или к другим специалистам (медицинским работникам) по причине того же заболевания, в связи с которым он обратился к Исполнителю;

3.2.3. Соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения, требования по подготовке к оказанию медицинских услуг, обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг;

3.2.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности и правила внутреннего распорядка для пациентов, установленные Исполнителем;

3.2.5. Заботиться о сохранении своего здоровья, не предпринимать действий, которые могут ухудшить результат лечения или вызвать осложнения;

3.3. Заказчик имеет право:

3.3.1. Получить бесплатную, доступную и достоверную информации об Исполнителе и оказываемых платных медицинских услугах;

3.3.2. На оказание медицинской помощи при предоставлении платных медицинских услуг Потребителю в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

3.3.3. На сохранение сведений, составляющих врачебную тайну;

3.3.4. Предоставить мотивированный отказ от подписания акта об оказании медицинских услуг в течение 5 рабочих дней со дня получения акта об оказании медицинских услуг.

3.4. Заказчик обязан:

3.4.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором;

3.4.2. Оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору, в случае отказа Потребителя в одностороннем порядке от получения платных медицинских услуг и (или) расторжении Договора.

3.4.3. Рассмотреть и подписать акт об оказании медицинских услуг, представленный Исполнителем, в течение 5 рабочих дней со дня получения, вернуть подписанный акт Исполнителю. Подписанный Сторонами акт об оказании медицинских услуг является подтверждением оказания платных медицинских услуг.

3.5. Исполнитель имеет право:

3.5.1. Требовать от Потребителя соблюдения им указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, требований по подготовке к оказанию платных медицинских услуг, обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг;

3.5.2. Требовать предоставления Потребителем информации о его самочувствии, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении, имеющихся аллергических реакциях и другой необходимой информации, касающейся его здоровья, сообщения о любых изменениях в его самочувствии в период лечения;

3.5.3. Перенести дату и время оказания платных медицинских услуг по согласованию с Потребителем в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, в том числе внезапная поломка оборудования, болезнь медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу и т.п.;

3.5.4. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о Потребителях и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдению врачебной тайны.

3.6. Исполнитель обязан:

3.6.1. Своевременно и качественно оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями Договора.

3.6.2. Информировать Потребителя в доступной форме 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;

3.6.3. Предоставить Потребителю достоверную информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, о целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах лечения, о используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, применяемых при оказании платных медицинских услуг;

3.6.4. Оказывать медицинскую помощь при предоставлении платных медицинских услуг в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций.

3.6.5. Предупредить Потребителя и Заказчика о необходимости оказания дополнительных платных услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

3.6.6. При отказе от медицинского вмешательства разъяснить Потребителю в доступной для него форме возможные последствия такого отказа. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий вносится в медицинскую документацию и подписывается Потребителем, медицинским работником Исполнителя, предоставляющим медицинскую услугу. При отказе Потребителя подписать отказ от медицинского вмешательства, подтверждающий его информированность о возможных последствиях такого отказа, документ визируется заведующим отделением и лечащим врачом.

3.6.7. По требованию Заказчика и (или) Потребителя представить для ознакомления выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

3.6.8. Хранить врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

3.6.9. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления;

3.6.10. Предоставить Заказчику акт об оказании медицинских услуг в течение 5 рабочих дней после полного завершения оказания медицинских услуг.

IV. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, определяется перечнем цен платных медицинских услуг, действующим у Исполнителя на день оказания медицинских услуг, и указана в Перечне, являющемся приложением 1 к настоящему Договору.

4.2. Оплата медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, производится Заказчиком до оказания медицинских услуг в полном объеме (100%) в сумме, предусмотренной в приложении 1 к настоящему Договору.

4.3. Оплата медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях, производится Заказчиком в день госпитализации в размере не менее 50% от суммы, предусмотренной в приложении 1 к настоящему Договору. Окончательный расчет за оказанные медицинские услуги осуществляется Заказчиком за 2 (два) дня до его выписки.

4.4. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком наличными денежными средствами и (или) с использованием банковских карт, держателем которых является Заказчик. При осуществлении расчета Исполнитель обязан выдать Заказчику платежные документы (контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности).

4.5. При необходимости выполнения поэтапного лечения Заказчик и (или) Потребитель предупреждается об этом и оплачивает услуги каждого этапа в отдельности по вновь заключенному договору.

4.6. Дополнительные услуги, не входящие в Перечень, указанный в Приложении №1 к настоящему Договору, оплачиваются на основании дополнительного соглашения, заключенного к Договору в порядке и сроки, установленные дополнительным соглашением.

4.7. На предоставление платных медицинских услуг по письменному требованию Заказчика и (или) Потребителя, в течение пяти рабочих дней составляется смета, которая после ее составления является неотъемлемой частью договора.

4.8. После оказания платных медицинских услуг в амбулаторных условиях Потребителю без взимания платы выдаются медицинские документы, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Порядок и сроки получения медицинских документов сообщается специалистом (медицинским работником) Потребителю и определяется с учетом особенностей оказания конкретной медицинской услуги.

4.9. После оказания платных медицинских услуг в стационарных условиях Потребителю в день выписки из стационара без взимания платы выдается выпиской эпикриз и другие медицинские документы, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение им своих обязательств по Договору, если неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение произошло вследствие:

- предоставления Потребителем недостоверных сведений, в том числе информации, касающейся его здоровья;
- несоблюдения Потребителем указаний (рекомендаций) специалиста Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, требований к подготовке к оказанию медицинской услуги.
- несвоевременная явка Потребителя на прием к специалистам (медицинским работникам) Исполнителя;
- одновременное лечение Потребителя в других медицинских организациях или у других специалистов (медицинских работников) в связи с заболеванием, по причине которого он обратился к Исполнителю, в случае если Потребитель использует указания (рекомендации) иных медицинских организаций и специалистов (медицинских работников) без согласия специалистов (медицинских работников) Исполнителя.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению Сторонами обязательств по настоящему договору.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне сведения о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в соответствии с требованиями законодательства РФ. Разглашение и предоставление данных сведений третьим лицам, возможно только в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.2. Разногласия и споры, возникающие между Исполнителем и Потребителем и (или) Заказчиком разрешаются путем переговоров. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги Исполнитель рассматривает заявленные требования в течение 10 календарных дней со дня предъявления соответствующего требования.

6.3. Обращение (жалоба) Потребителя и (или) Заказчика может быть направлено Исполнителю на почтовый адрес: 628606, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Нижневартовск, ул. Ленина д. 18, на электронный адрес: adm@okbnnv.ru.

6.4. В случае невозможности урегулировать разногласия и споры путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

VII. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА, СРОК И ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по договору.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или решению суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.4. При заключении Договора Потребителю и Заказчику предоставлена в доступной форме информация:

о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи,

о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) и другие сведения, относящиеся к предмету договора.

_____/ _____/
подпись Ф.И.О.

7.5. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.6. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

VIII. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

БУ «Нижневартовская окружная
клиническая больница»

Почтовый и юридический

адрес: 628606, улица Ленина,
дом 18, город Нижневартовск,
Ханты-Мансийский автономный
округ - Югра, Тюменская
область, Российская Федерация.

ОГРН 1028600940587

ИНН/ КПП 8603005902 /
860301001

УФК по Ханты-Мансийскому
автономному округу – Югре
(Депфин Югры, БУ
«Нижневартовская окружная
клиническая больница» л/с
620.33.322.0)

Счет получателя
03224643718000008700

БИК 007162163

Счет банка получателя

40102810245370000007

РКЦ ХАНТЫ-МАНСИЙСК//

УФК по Ханты-Мансийскому
автономному округу – Югры г.
Ханты-Мансийск

Заказчик:

Ф.И.О. _____

Данные документа,
удостоверяющие личность:

Адрес места
жительства _____

Адрес для направления
корреспонденции: _____

Контактный телефон _____

E-mail: _____

Потребитель:

Ф.И.О. _____

Данные документа,
удостоверяющие личность:

Адрес места
жительства _____

Адрес для направления
корреспонденции: _____

Контактный телефон _____

E-mail: _____

Исполнитель:

(должность)

_____/_____
подпись расшифровка подписи

М.П.

Заказчик:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

Потребитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

к договору на оказание платных медицинских услуг
от « _____ » _____ 202__ № _____

ПЕРЕЧЕНЬ

платных медицинских услуг предоставляемых в соответствии с договором

(ФИО Потребителя)

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Ед. изм.	Цена за ед.изм руб.	Количество	Сумма Руб.

Исполнитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

Потребитель:

_____/_____
подпись расшифровка подписи

М.П.