

Договор № \_\_\_\_\_  
предоставления платных медицинских услуг с законным представителем потребителя предоставления платных  
медицинских услуг с заказчиком в пользу потребителя

с. Зилаир

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Зилаирская  
центральная районная больница, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_  
с одной стороны, и \_\_\_\_\_ действующего на основании \_\_\_\_\_ Устава

\_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_  
[фамилия, имя, отчество (при наличии)/наименование заказчика] [должность, Ф. И. О.]  
действующего на основании \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, а  
[Устава, Положения, Доверенности]  
вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

**«платные медицинские услуги»** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

**«заказчик»** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**«исполнитель»** - медицинская организация государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Зилаирская центральная районная больница, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01170-02/00349130 от 21 января 2020 года, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, +7(347)218-00-81), предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: \_\_\_\_\_

(вписать код наименование услуги)

### 2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и (или) Заказчика.

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель - \_\_\_\_\_

[фамилия, имя и отчество (при наличии) (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги)]

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия

Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать \_\_\_\_\_ рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается \_\_\_\_\_.

2.8. В случае если при предоставлении платных 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 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### 3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя и (или) Заказчика.

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить Потребителю и (или) Заказчику в доступной форме информацию 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.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.4. Потребитель обязан:

3.4.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.4.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.4.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.5. Потребитель вправе:

3.5.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.5.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.5.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

#### **4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов**

4.1. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.

4.3. Потребителю и (или) Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика.

4.7. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4.8. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя и (или) Заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

#### **5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**

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

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.4.1 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.4.3 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. 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 обязательств по настоящему договору.

#### **6. Конфиденциальность**

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и

лечения (врачебная тайна).

## 7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена следующая 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). 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;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты 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;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя и (или) Заказчика 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

7.4. Потребитель и (или) Заказчик уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель и (или) Заказчик вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде по адресу: 450002, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, а также в электронном виде: minzdrav@bashkortostan.ru.

7.6. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

7.8. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя.

7.10. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

## 8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель	Заказчик
государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Зилаирская центральная районная больница	_____
адрес: 453680 Республика Башкортостан, Зилаирский район, с. Зилаир, ул. Пушкина, д. 1	[фамилия, имя и отчество (при наличии)/наименование юридического лица]
ОГРН: 1020201547057, ИНН: 0223000149	проживающий по адресу: _____
Банковские реквизиты: ЕКС 40102810045370000067	[адрес места жительства]
Номер казначейского счета 03224643800000000100	[адрес юридического лица в пределах его места нахождения]
ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН	телефон: _____
БАНКА РОССИИ/УФК по Республике Башкортостан	паспорт: _____
г. Уфа БИК 018073401,	_____
Наименование получателя: УФК по РБ (Министерство финансов РБ – ГБУЗ РБ Зилаирская ЦРБ л/сч 20112041090)	[данные документа, удостоверяющего личность]
	ОГРН: _____

\_\_\_\_\_  
[должность, подпись, инициалы, фамилия]

\_\_\_\_\_  
[должность, подпись, инициалы, фамилия]

**Акт  
оказанных платных медицинских услуг**

с. Зилаир « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Зилаирская центральная районная больница**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ Устава с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_ [фамилия, имя, отчество (при наличии)/наименование заказчика] [должность, Ф. И. О.] действующего на основании \_\_\_\_\_ [Устава, Положения, Доверенности] именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, а

вместе именуемые «Стороны», подписанием настоящего акта подтверждают следующее:

1. В период с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Исполнителем оказаны Потребителю медицинские услуги, включающие:

Наименование медицинской услуги	Код услуги	Количество	Стоимость	Сумма
2	3	4	5	6
<b>ИТОГО:</b>				

2. Всего оказано медицинских услуг на сумму: \_\_\_\_\_ рублей. [сумма цифрами и прописью]

- 3. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.
- 4. Потребитель претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.
- 5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 6. Настоящий акт является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_.

**Исполнитель**  
**государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Зилаирская центральная районная больница**  
адрес: 453680 Республика Башкортостан, Зилаирский район, с. Зилаир, ул. Пушкина, д. 1  
ОГРН: 1020201547057, ИНН: 0223000149  
Банковские реквизиты:  
ЕКС 40102810045370000067  
Номер казначейского счета 03224643800000000100  
**ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН**  
**БАНКА РОССИИ/УФК по Республике Башкортостан**  
г. Уфа БИК 018073401,  
Наименование получателя: УФК по РБ (Министерство финансов РБ – ГБУЗ РБ Зилаирская ЦРБ л/сч 20112041090)  
8540000000000000131 за платные медицинские услуги

**Заказчик**  
\_\_\_\_\_  
[фамилия, имя и отчество (при наличии)/наименование юридического лица]  
**проживающий по адресу:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
[адрес места жительства]  
\_\_\_\_\_  
[адрес юридического лица в пределах его места нахождения]  
**телефон:** \_\_\_\_\_  
**паспорт:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
[данные документа, удостоверяющего личность]  
**ОГРН:** \_\_\_\_\_  
[указать номер (для юридического лица)]  
**ИНН:** \_\_\_\_\_  
[указать номер (для юридического лица)]

Главному врачу ГБУЗ РБ Зилаирская ЦРБ

от \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. пациента)

адрес проживания \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан)

### **Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ Зилаирская ЦРБ.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания, и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ РБ Зилаирская ЦРБ.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РБ Зилаирская ЦРБ.

#### **Информацию до пациента довел:**

\_\_\_\_\_  
(подпись, инициалы, фамилия врача (специалиста))

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

#### **Пациент:**

\_\_\_\_\_  
(подпись, инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)