Подготовлено с использованием системы КонсультантПлюс

# Договор N _____
## оказания платных медицинских услуг (с физическим лицом)

с. Аскарово "__ "_____ ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Аскаровская центральная районная больница, юридический адрес: 453620, Республика Башкортостан, Абзелиловский район, село Аскарово, ул. Коммунистическая, зд. 22, зарегистрированное в качестве юридического лица, ОГРН 1020202035171, ИНН 0201000868 , лицензия на осуществление медицинской деятельности от "11"марта 2020 г. N Л041-01170-02/00368009, предоставленная Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукая, 23, срок действия лицензии: бессрочно, в лице главного врача Кильдиярова Ильгиза Расуловича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (законный представитель «Потребитель»)_____,дата рождения_____, паспорт_____, место регистрации_____, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство на оказание медицинской услуги надлежащего качества в соответствии с действующим законодательством РФ, действующего на момент заключения договора перечня медицинских и иных услуг в ГБУЗ РБ Аскаровская ЦРБ.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 453620, РБ, Абзелиловский район, с.Аскарово, ул. Коммунистическая, 22.

1.3. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

## 2. Объем услуг, стоимость Договора, порядок расчетов

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать платные медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в следующем объеме:

| Код услуги | Наименование услуги | Кол-во | Цена по прейскуранту, руб | Сумма к оплате, руб |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

2.2. Стоимость договора:_____

2.3. Стоимость оказанных медицинских услуг определяется утвержденным Перечнем (Прейскурантом), действующим на момент заключения договора.

2.4. Оплата производится Заказчиком или Потребителем в размере 100% в день оказания соответствующей услуги посредством оплаты через онлайн-кассу Исполнителя, с выдачей Заказчику или Потребителю кассового чека.

2.5. В случае отказа Заказчика или Потребителя от получения платных медицинских услуг, договор расторгается, Заказчик или Потребитель оплачивает фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Заказчика или Потребителя при наличии кассового чека за оказанные платные медицинские услуги и документа, удостоверяющего личность.

## Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика или Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.

3.1.2. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Заказчике.

3.1.3. Предоставить 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. Заказчик обязуется:

3.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем

3.2.2. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы, предусмотренные Перечнем представляемых документов и материалов

3.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.4. соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

## 3. Срок действия договора

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

## 4.Ответственность сторон

4.1.Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком или Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

4.2. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой, Заказчик или Потребитель вправе обратиться с претензией к ответственному должностному лицу за организацию платных медицинских услуг, к юрисконсульту или лично к главному врачу.

## 5. Адреса, реквизиты. Подписи Сторон

Исполнитель:
ГБУЗ РБ Аскаровская ЦРБ

Адрес: 453620, Республика Башкортостан, Абзелиловский район, с.Аскарово, ул.Коммунистическая, 22

ОГРН 1020202035171

ИНН 0201000868
КПП 020101001
ЕКС 40102810045370000067
Л/СЧ 20112040320
Отделение –НБ Республика Башкортостан БАНКА РОССИИ/УФК по Республике Башкортостан
БИК 018073401
ОКПО 01952518
Телефон: 834772/21011
Адрес электронной почты:
ASKAR.CRB@doctorrb.ru

Заказчик: (Потребитель)

| |
|---|
| _____ *(Ф.И.О.)* |
| Адрес: _____ |
| _____ |
| Данные документа, удостоверяющего личность: _____ |
| _____ |
| |
| Телефон: |

_____И.Р.Кильдияров

_____/_____/

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и обработку персональных данных**

Я_____, зарегистрированный по адресу_____, рождения_____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг (№_____от _____), даю добровольное согласие на получение платной медицинской услуги в ГБУЗ РБ Аскаровская ЦРБ, расположенном по адресу: 453620, Республика Башкортостан, Абзелиловский район, село Аскарово, улица Коммунистическая, дом №22, и при этом мне разъяснено следующее:

1.Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен получить платные медицинские услуги (и прочие услуги при наличии) и оплатить стоимость указанной в договоре медицинской услуги и прочие платные услуги (при наличии).

3. Я ознакомлен с методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиями.

4. Я даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, и для проведения контроля качества оказанной медицинской помощи (медицинской услуги).

5. Для оказания платных медицинских услуг, указанных в договоре (прочих услуг при наличии), я даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе ФИО, дату рождения, данные паспорта или другого документа, удостоверяющего мою личность, адрес проживания, место работы, и предоставляю право на все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, введение моих персональных данные в информационные системы Учреждения.

6. Настоящее согласие мною прочитано и подписано в присутствии_____
_____ФИО гражданина, контактный телефон
_____Подпись гражданина (законного представителя)

**Акт**
**оказания платных медицинских услуг №_____**

с.Аскарово «___»_____20___

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Аскаровская центральная районная больница, юридический адрес: 453620, Республика Башкортостан, Абзелиловский район, село Аскарово, ул. Коммунистическая, зд. 22, зарегистрированное в качестве юридического лица, ОГРН 1020202035171, ИНН 0201000868 , лицензия на осуществление медицинской деятельности от "11"марта 2020 г. N Л041-01170-02/00368009, предоставленная Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукая, 23, срок действия лицензии: бессрочно, в лице главного врача Кильдиярова Ильгиза Расуловича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (законный представитель «Потребитель»)_____,дата рождения_____, паспорт_____, место регистрации_____, совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг (далее Договор) №_____от _____, Исполнителем оказаны услуги в следующем объеме:

| Код услуги | Наименование услуги | Кол-во | Цена по прейскуранту, руб | Сумма к оплате, руб |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

1. Претензий к оказанным медицинским услугам у Заказчика (Потребителя) нет.
2. Стоимость оказанных медицинских услуг по Договору составила_____рублей

Исполнитель
ГБУЗ РБ Аскаровская ЦРБ
_____/_____/

Заказчик (Потребитель)
_____/_____/