

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг
(в амбулаторно-поликлинических условиях)

г. Балашиха

.....«___» _____ 201__ г.

Федеральное государственное казенное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, в лице начальника филиала № 3 ФГКУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко» Минобороны России имеющий лицензию от 18 мая 2016 г. № ФС-99-01-009236, на осуществление медицинской деятельности и Положения о порядке предоставления медицинской помощи на возмездной основе, утвержденного приказом № _____ начальника филиала № __ от __.__.201__ г., в лице подполковника медицинской службы Балашова Евгения Викторовича, действующего на основании доверенности _____, именуемое в дальнейшем «**Филиал Госпиталя**» и _____, паспорт: серия номер, выдан, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», и гражданин (ка) _____, паспорт: серия номер, выдан _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, именуемые совместно и каждый в отдельности «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором филиал Госпиталя принимает на себя обязательства по оказанию поликлинических медицинских услуг, Пациент (Заказчик) _____ обязуется произвести оплату филиалу Госпиталя всей стоимости оказанных услуг.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Филиал Госпиталя обязан:

2.1.1. Уведомить заказчика (пациента) о том, что медицинские услуги, входящие в программу государственных гарантий, может быть ему оказана бесплатно по месту прикрепления пациента.

2.1.2. Гарантировать качественное и своевременное оказание медицинских услуг согласно выбранного заказчиком (пациентом) перечня, в соответствии с профессиональными стандартами, санитарно-гигиеническими нормативами и правилами медицинской деятельности.

2.1.3 Не разглашать информацию об обращении Пациента за оказанием медицинских услуг и их результатах, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

2.2. Филиал Госпиталя имеет право:

2.2.1 Предлагать заказчику (пациенту) объем лечебно-диагностических медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья пациента.

2.2.2 Прервать лечение (обследование), немедленно уведомив об этом заказчика (пациента), при наличии медицинских противопоказаний, либо при невозможности достижения результата лечения.

2.3. Заказчик (пациент) обязан:

2.3.1. Информировать врача до начала оказания ему медицинских услуг о состоянии своего здоровья, в том числе о перенесенных заболеваниях и аллергических реакциях.

2.3.2 Своевременно производить оплату выбранных медицинских услуг и подписать акт приема оказанных медицинских услуг.

2.3.3. Соблюдать правила поведения и внутреннего распорядка дня филиала Госпиталя.

2.3.4. Ознакомиться и подписать необходимые документы о добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических инвазивных исследований.

2.4. Заказчик (пациент) имеет право:

2.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг до начала ее оказания и получить обратно уплаченные денежные средства.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением либо не надлежащим исполнением условий настоящего договора, возмещении ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни, в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации, но не более реально причиненного.

2.4.3. Получать в письменной форме заключения с указанием результатов проведенных лечебно-диагностических исследований, консультаций и врачебных рекомендаций.

3. Порядок расчетов по договору

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется Прейскурантом цен филиала Госпиталя, действующим на день их выполнения.

3.2. Перечень оказываемых медицинских услуг указываются в счетах на оплату.

3.3. Оказание медицинских услуг осуществляется филиалом Госпиталя после внесения Заказчиком (пациентом) предоплаты в размере 100% стоимости выбранных им медицинских услуг.

4. Ответственность сторон.

4.1. Филиал Госпиталя не несет ответственности за результаты оказанной медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком (пациентом) рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.2. Филиал Госпиталя несет ответственность перед Пациентом только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Пациенту. Филиал госпиталя не несет ответственность за действия третьих лиц.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности друг перед другом за полное или частичное неисполнение обязательств по данному договору, если оно явилось следствием обстоятельств действия непреодолимой силы.

4.3. Филиал Госпиталя не возвращает денежные средства за оказанные медицинские услуги, если был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика (пациента).

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.5. В остальных случаях стороны решают споры в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

6. Адреса и реквизиты сторон

Филиал Госпиталя:

Филиал №3 ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России
почтовый адрес: 143920, М.О., г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адм. Горшкова, дом 4
Адрес местонахождения: 143920, М. О., г. Балашиха, мкр. Купавна ул. Адм.

Пациент и/или Заказчик:

Паспорт: серия _____ номер _____
Выданный _____, дата выдачи _____
Дата рождения: _____
Регистрация (по месту жительства): _____

Горшкова, дом 1
Банковские реквизиты:
ИНН 7701114305
КПП 501243001
Банк ГУ Банка России по ЦФО
получатель: Управление Федерального
казначейства по Московской области
(филиал № 3 ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н
Бурденко» Минобороны России,
л/с 04481А54280)
Расчетный счет 40101810845250010102
Код ОКТМО 46704000
В назначении платежа указать
КБК 187 113 01 99 101 04 00 130
БИК 044525000
Тел.: 8(495) 527-95-00, доб. 462, 388
Факс: 8 (495) 527-91-23

Начальник филиала №3
ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко»
Минобороны России
_____/_____
« ____ » _____ 201__ г.

Контактный телефон _____
(подпись) (фамилия)
« ____ » _____ 201__ г.

Доверенное лицо пациента:

Паспорт: серия _____ номер _____
Выданный _____, дата выдачи _____

Дата рождения: _____.

Регистрация (по месту жительства):

Контактный
телефон _____
(подпись) (фамилия)
« ____ » _____ 201__ г.