

# ОБРАЗЕЦ

Договор № \_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

с.Большое Кайбица

Дата \_\_\_\_\_

ГБУЗ «Кайбицкая ЦРБ», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Сафиулловой Гульвары Ильдусовны действующей на Устав, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 26.12.2020 № ЛО41-01181-1600367777, (перечень работ и услуг прилагаются), выданной Министерством здравоохранения РТ, адрес: г.Казань, ул.Островского, д.11/б, тел.(843)231-79-98, свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ от 24.01.2012г. № 1021606765620, выдана 13.01.1994г. МРН ФНС № 8 по РТ, с одной стороны и Потребитель ФИО \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ проживающий(ая) \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно, "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, в соответствии с прейскурантом платных медицинских услуг (далее-Прейскурант), а Потребитель (заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленными настоящим договором.

## НАИМЕНОВАНИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Отделение \_\_\_\_\_

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его 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.

Получив настоящий договор, Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных в п.2.1.1 Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая все сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

## 2. Права и обязанности Сторон

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение №1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Немедленно известить Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо в возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обостренных хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

### 2.2. Исполнитель имеет право:

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

2.2.2. 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.

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

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

### 2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.

2.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, а т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, и заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

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

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

2.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, масел и пр.

### 2.4. Потребитель имеет право:

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

2.4.2. 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.

2.4.3. Получать у Исполнителя для ознакомления любые данные касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консультумов и т.д.

## 3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п.2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом и (или) сметой платных медицинских услуг и составляет \_\_\_\_\_ (сумма цифрами и прописью).

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются наличными через кассу Исполнителя, расположенную по адресу: с.Б.Кайбица, ул.Гизатуллина, д.1, в день оказания платных медицинских услуг оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг.

3.3. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя, Потребитель обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

3.4. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по инициативе Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., Потребитель обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

## 4. Ответственность Сторон

4.1. В случае предоставления Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества по причинам, не подпадающим под действие п.3.4 настоящего договора, либо в ненадлежащий срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Потребитель имеет право требовать, в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю по инициативе Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При невыполнении Потребителем своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

## 5. Конфиденциальность

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

## 6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств.

6.2.1. По письменному соглашению Сторон, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы.

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.3. в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Потребителем принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя. При этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.4. настоящего договора.

6.2.4. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

#### 7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров.

7.2. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по 1 экз. для Сторон.

#### 8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

"Исполнитель"

ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ»

422330, с.Б.Кайбицы, ул.Гисметуллина,д.1

Сафуллина Г.И. \_\_\_\_\_

"Потребитель"

\_\_\_\_\_

#### Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг

Я ФНО, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг №\_\_\_ от\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы, при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудника ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы, в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.

3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознал и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы.

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы и согласен(а) их оплатить **НАИМЕНОВАНИЕ И СТОИМОСТЬ УПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

6. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы в сумме \_\_\_\_\_.

8. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы.

9. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

"Исполнитель"

Подпись \_\_\_\_\_ Сафуллина Г.И.

"Потребитель"

Подпись \_\_\_\_\_

Акт

Приема-сдачи выполненных работ

Б.Кайбицы

"15" Февраля 2026 г.

ГАУЗ «Кайбицкая ЦРБ» с.Б.Кайбицы, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Сафуллиной Гульнары Ильдусовны, действующей на основании Устава с одной стороны и Потребителем ФНО

Составили настоящий акт в нижеследующем:

1. Исполнитель оказал медицинские услуги согласно договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ Потребителю.

2. Общая стоимость выполненных работ составила \_\_\_\_\_.

3. Потребитель ознакомлен с перечнем бесплатных медицинских услуг по Программе Государственных гарантий РФ на территории РТ на 20\_\_\_ год и отказывается от бесплатной мед. услуги \_\_\_\_\_.

**Потребитель,**

4. Претензии к тарифам, по выполненным работам и качеству Потребитель не имеет.

От Исполнителя

Подпись \_\_\_\_\_ Сафуллина Г.И.

от Потребителя

Подпись \_\_\_\_\_