

С тарифами на предоставляемые услуги, а также с порядком предоставления бесплатной медицинской помощи ознакомлен. Я уведомлен, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) может снизить ее качество, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

ПАЦИЕНТ _____/_____/_____ «__»_____202 г.

СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских стационарных услуг

Санкт-Петербург

«_____»_____20____г.

СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице главного врача Владимира Анатольевич Волчкова, действующего на основании Устава, с одной стороны и (Ф.И.О. _____), именуемый(ая) в дальнейшем ПАЦИЕНТ, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

- 1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает ПАЦИЕНТУ платные медицинские услуги в стационаре в рамках действующей лицензии и в объеме, предусмотренном настоящим договором.
- 1.2. ПАЦИЕНТ оплачивает оказанные услуги в порядке, предусмотренным настоящим договором.
- 1.3. Срок оказания услуги: с даты госпитализации до выписки ПАЦИЕНТА.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ:

- 2.1.1. Разъясняет ПАЦИЕНТУ план обследования и лечения.
- 2.1.2. Информировать ПАЦИЕНТА о действующих тарифах на платные медицинские услуги.
- 2.1.3. Осуществляет необходимый объем диагностических, консультативных услуг в соответствии с настоящим договором и требованиям, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- 2.1.4. При необходимости предоставления дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, в обязательном порядке предупреждает об этом ПАЦИЕНТА.
- 2.1.5. Оформляет медицинскую документацию, предусмотренную действующим законодательством РФ.

2.2. ПАЦИЕНТ:

- 2.2.1. В обязательном порядке знакомится с действующими тарифами на платные медицинские услуги.
- 2.2.2. Выполняет все требования, обеспечивающие качественное выполнение медицинских услуг (неукоснительное соблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка больницы, противоэпидемического режима и пр.) а также предоставляет медицинские и иные, необходимые для качественного выполнения услуг сведения.
- 2.2.3. Своевременно и в полном объеме оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ оказанные (планируемые) медицинские услуги в порядке, предусмотренном в разделе 3 настоящего договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

3.1. ПАЦИЕНТ оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ оказанные ему медицинские услуги по тарифам, действующим на момент заключения договора.

3.2. После подписания договора ПАЦИЕНТ вносит в кассу больницы предоплату в размере _____руб.____коп. (_____)

в соответствии с расчетом по карте-схеме обследования и лечения:

Отделение _____

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость	Кол-во	Сума

3.3. Если после получения ПАЦИЕНТОМ оплаченного объема услуг ему показано продолжение лечения (обследования), ПАЦИЕНТ вправе отказаться от дальнейшего лечения (обследования) либо произвести доплату за последующий объем услуг по дополнительному соглашению к настоящему договору. Отказ от дальнейшего лечения (обследования) при наличии медицинских показаний оформляется ПАЦИЕНТОМ письменно.

3.4. Если ПАЦИЕНТ не оформляет письменный отказ от дальнейшего лечения (обследования), но при этом не производит доплату за последующий объем услуг, ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право выписать его. При этом ПАЦИЕНТ обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ все фактически оказанные ему услуги.

3.5. При возникновении ситуаций, требующих оказания экстренной (и неотложной – для граждан РФ) медицинской помощи, ПАЦИЕНТА незамедлительно выписывают с хозрасчетной койки и проводят дальнейшие медицинские мероприятия, направленные на купирование угрозы жизни, без взимания платы. При этом оформляется новая медицинская карта (история болезни).

3.6. Окончательные взаиморасчеты, а также оформление заявления на отказ от дальнейшего лечения (обследования) производится не позднее суток до окончания оплаченного периода лечения.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность перед ПАЦИЕНТОМ за исполнение настоящего договора, за соблюдение требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. БОЛЬНИЦА не несет ответственность по настоящему договору, если ПАЦИЕНТОМ нарушен п.2.2.2 настоящего договора.

4.3. БОЛЬНИЦА освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью ПАЦИЕНТА в случае, если:

4.3.1. Проявились осложнения, связанные с тем, что ПАЦИЕНТ не предоставил полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;

4.3.2. В соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но ПАЦИЕНТ отказался выполнять назначения.

4.3.3. Осложнения наступили из-за не соблюдения врачебных рекомендаций.

4.3.4. Наступили непредусмотренные и неуказанные в договоре вредные эффекты, соответствующие объему медицинского вмешательства и обусловленные анатомическими особенностями организма и/или выраженностью основного заболевания в случае, если медицинские вмешательства выполнены надлежащим образом;

4.4. При несоблюдении ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроков лечения, оговоренных при определении величины предоплаты, ПАЦИЕНТ вправе расторгнуть договор. Если при этом предоплата превысила стоимость фактически оказанных услуг, разница возвращается ПАЦИЕНТУ на основании личного заявления ПОТРЕБИТЕЛЯ на имя главного врача больницы, завизированного заведующим профильным отделением и главным бухгалтером при наличии документа, удостоверяющего личность, договора, чеков.

4.5. В случае нарушения ПОТРЕБИТЕЛЕМ правил внутреннего распорядка больницы, противоэпидемического режима, лечебно-охранительного режима, ПАЦИЕНТ может быть выписан из больницы за нарушение режима с соответствующей отметкой в листе временной нетрудоспособности и выписном эпикризе. В таком случае ПАЦИЕНТ обязан полностью возместить ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость оказанных ему услуг. Если при этом предоплата превысила стоимость фактически оказанных ПОТРЕБИТЕЛЮ услуг, разница возвращается ему в соответствии с п. 4.4.

4.6. Все споры по настоящему договору решаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в соответствии с законодательством РФ.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в действие с момента его подписания и действует до полного выполнения обязательств обеими сторонами.

6. ИНЫЕ УСЛОВИЯ.

5.1. При необходимости применения лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, а также медицинских изделий, лечебного питания и пр., не предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи, эти медикаменты (изделия) приобретаются ПАЦИЕНТОМ самостоятельно, либо их стоимость включается в счет.

5.2. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу.

5.3. _____

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: СПб ГБУЗ «ГМПБ №2»

194354 Санкт-Петербург, пер.Учебный д.5

т. 338-48-84 e-mail: b2@zdrav.spb.ru

194354, г.Санкт-Петербург, Учебный переулок дом 5; Банковские реквизиты: ИНН7802078420, КПП 780201001, Лицевой счет 0151126 в Комитете финансов СПб р/с 03224643400000007200,

Северо-Западное ГУ Банка России//УФК по г.Санкт-Петербургу, г.СПб к/сч 40102810945370000005, БИК 014030106

ОКПО 39473967 ОГРН 1037804000630 ОКАТО 40265563000 Лицензия Регистрационный номер лицензии: Л041-01148-78/00554688; 3. Дата предоставления лицензии: 02.04.2020; (выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга); ЕГРЮЛ № 1037804000630 от 27.12.1994 г., (выдано инспекцией МНС РФ по Выборгскому району СПб)

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О. _____ тел. _____

Адрес: _____

Документ: _____ серия _____ номер _____ Дата выдачи: ____ . ____ . ____ г. Кем выдан _____

ПОДПИСИ СТОРОН:

Главный врач

ПАЦИЕНТ

_____ В.А.Волчков

_____ Ф.И.О. _____

С тарифами на предоставляемые услуги, а также с порядком предоставления бесплатной медицинской помощи ознакомлен. Я уведомлен, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) может снизить ее качество, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
ПАЦИЕНТ _____ / _____ / «__» _____ 202 г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА № 2»
г. Санкт-Петербург «__» _____ 202 г.

Дополнительное соглашение № _____
к ДОГОВОРУ № _____ от «__» _____ 202 г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская многопрофильная больница № 2», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице главного врача В.А. Волчкова, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка), в дальнейшем ПАЦИЕНТ _____

с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Дополнительно к объему и перечню медицинских услуг по договору, ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает ПАЦИЕНТУ следующие платные медицинские услуги:

Отделение: _____

Услуга (код)	Стоимость	Кол-во	Цена
1.			
2.			
3.			
4.			

ИТОГО _____

2. Предполагаемый срок оказания услуг с «__» _____ 20 г. по «__» _____ 20 г.

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора № _____ от «__» _____ 20 г., вступает в силу с момента его подписания и действует в течение действия вышеупомянутого договора.

4. Срок оказания услуг: с _____ 20 г. по _____ 20 г.

4. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5. Итого по договору сумма за оказанные медицинские услуги ПАЦИЕНТА _____ составляет _____ руб. (_____ руб.).

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: СПб ГБУЗ «ГМПБ №2»

194354 Санкт-Петербург, пер. Учебный д.5

т. 338-48-84 e-mail: b2@zdrav.spb.ru

194354, г. Санкт-Петербург, Учебный переулок дом 5; Банковские реквизиты: ИНН7802078420, КПП 780201001, Лицевой счет 0151126 в Комитете финансов СПб р/с 03224643400000007200,

Северо-Западное ГУ Банка России/УФК по г. Санкт-Петербургу, г. СПб

к/сч 40102810945370000005, БИК 014030106 ОКПО 39473967 ОГРН 1037804000630 ОКАТО 40265563000

Лицензия Регистрационный номер лицензии: Л041-01148-78/00554688; 3. Дата предоставления лицензии: 02.04.2020; (выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга); ЕГРЮЛ № 1037804000630 от 27.12.1994 г., (выдано инспекцией МНС РФ по Выборгскому району СПб)

Главный врач _____ В.А. Волчков

ПАЦИЕНТ: _____

Адрес: _____

Документ: _____ серия _____ номер _____ Дата выдачи: ____ . ____ . ____ г.
выдан _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

