

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг анонимно

г. _____

«___» _____ 20__ года

СПб ГБУЗ «Диагностический Центр №7» (глазной для взрослого и детского населения), ОГРН №102780917495, ИНН №780302242, расположенное по адресу: Санкт-Петербург ул. Моховая д.38, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00363833 действующая с 24 июля 2017г. бессрочно., выдана Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ (фамилия, имя и отчество (при наличии), должность) действующего(-ей) на основании доверенности от «___» _____ 20__ г. № _____, с одной стороны, и Анонимный пациент

именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК» либо «Потребитель», с другой стороны, в дальнейшем «стороны», в соответствии сп.2 ч.5 ст.84 Закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ, пп.б) пункта 8 раздел II Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ЗАКАЗЧИКУ (либо по поручению ЗАКАЗЧИКА потребителю) следующие медицинские услуги (Таблица 1):

Таблица 1

№ п/а	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги, (руб.)	Кол-во, оказанных медицинских услуг (шт.)	Сроки ожидания	ФИО врача
ИТОГО:						
Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек, без учета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)						

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Поручить оказание определенных п.1.1. договора медицинских услуг специалисту:

2.1.2. Оказать услуги в оговоренный с заказчиком срок: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. Оказать услуги качественно, по общепринятым в медицинской практике методикам, в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, по общепринятым в медицинской практике методикам.

Обеспечить Заказчика всей необходимой информацией об услуге. По требованию Заказчика Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т. ч. сведения:

- о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.1.3. Ознакомить лиц, направляемых заказчиком, с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. При изменении плана оказания и стоимости услуг, проинформировать ЗАКАЗЧИКА и осуществить дополнительную услугу с его согласия с дополнительной оплатой.

2.1.4. Поставить в известность ЗАКАЗЧИКА о возникших в процессе оказания услуг обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях. Изменение плана оказания услуг согласовать с заказчиком.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну и конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. По личной просьбе ЗАКАЗЧИКА либо направляемого им лица, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) назначить другого врача с его согласия для оказания услуг.

2.2.2. Отказаться от оказания услуг, если их оказание не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.

2.2.3. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.3. ЗАКАЗЧИК обязан:

2.3.1. ЗАКАЗЧИК, либо лица, направляемые ЗАКАЗЧИКОМ, обязаны выполнять все требования и рекомендации врачей, врачебной комиссии. До оказания услуги должен информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, соблюдение назначенного режима, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг или после их окончания, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.2. При амбулаторном режиме извещать через регистратуру о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.

2.3.3. Ознакомиться с расценками прейскуранта на оказываемые медицинские услуги.

2.3.4. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с выставленным счетом по расценкам прейскуранта ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.4. ЗАКАЗЧИК имеет право:

2.4.1. Отказаться от оказания услуг в любой момент до их оказания с оплатой тех медицинских услуг, которые на тот момент будут оказаны.

2.4.2. На проведение ИСПОЛНИТЕЛЕМ консилиума и консультаций специалистов по просьбе ЗАКАЗЧИКА.

2.4.3. На добровольное согласие и отказ от оказания медицинских услуг.

2.4.4. На получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья и последствиях полученной услуги.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

- 3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность:
- за качество оказываемых услуг, лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию заказчика на момент обращения;
 - за выполнение назначенных сроков оказания услуги;
 - за несоблюдение врачебной тайны.
- 3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности в случаях:
- возникновения осложнений по вине ЗАКАЗЧИКА либо направляемых им лиц (невыполнение требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях);
 - прекращения (не завершения) услуг по инициативе ЗАКАЗЧИКА до окончания лечения.
- 3.3. ЗАКАЗЧИК несет ответственность:
- за недостоверное предоставление информации;
 - за невыполнение требований и рекомендаций врача;
 - за несвоевременную оплату медицинских услуг.
- 3.4. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензии рассматриваются в течение 30 календарных дней.

4. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

- 4.1. ЗАКАЗЧИК оплачивает в порядке предоплаты 100% стоимости медицинских услуг по утвержденному ИСПОЛНИТЕЛЕМ прейскуранту согласно п.1.1., 2.3.3, 2.3.4 настоящего договора в сумме: _____ руб. При возникновении необходимости оказания дополнительного объема медицинских услуг, не предусмотренных договором, стороны составляют дополнительное соглашение к договору в письменном виде только в период нахождения потребителя услуг в стационаре, в случае прекращения оказания услуг по вине потребителя – денежные средства не возвращаются.
- 4.2. Оплата производится в Российских рублях на расчетный счет либо в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 5.1. Любой спор, разногласие или претензия, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов связанных с его исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, могут регулироваться сторонами только в период нахождения заказчика в стационаре при наличии визуализации анонимного заказчика/потребителя услуги. Направление претензий в письменной форме, а также восстановление и защита имущественных и личных неимущественных прав сторон и рассмотрение разногласий в судебном порядке возможно только при отказе заказчика от условия анонимности непосредственно в период оказания услуг и заключения договора с указанием своих персональных данных.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и прекращается по выполнению указанных выше договорных обязательств сторон в полном объеме.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Адрес:
ОГРН/ОГРНИП
ИНН
КПП
Р/с
в
К/с
БИК
ОКПО

✓ _____

ЗАКАЗЧИК:

Анонимный пациент

Заказчик

✓ _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.
о предоставлении платных медицинских услуг анонимно

г. _____

«___» _____ 20__ года

НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ (сокращенное наименование – ОРГАНИЗАЦИЯ), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава и лицензии _____ от «___» _____ 20__ года, выдана _____, с одной стороны, и Анонимный пациент _____

менуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В связи с выявлением в процессе предоставления медицинских услуг потребности в дополнительном объеме оказания услуг, стороны пришли к соглашению об увеличении объема предоставляемых медицинских услуг в части (нужное подчеркнуть):

1.1. продления срока оказания потребителю услуг, предусмотренных п. 1.1. договора с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

1.2. Коды, объем, стоимость и сроки предоставляемы медицинских услуг (табл. №1)

Таблица 1

№ п/а	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги, (руб.)	Кол-во, оказанных медицинских услуг (шт.)	Сроки ожидания	ФИО врача
ИТОГО:						
Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек, без чета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)						

1.3. использования лекарственных средств и расходных материалов.

2. Медицинские услуги, указанные в пункте 1 настоящего дополнительного соглашения, оплачиваются «Заказчиком» сверх суммы, указанной в договоре на основании п. 3.1.2. договора и настоящего соглашения, путем внесения в кассу «Исполнителя» дополнительно суммы: _____ руб.

3. Общая сумма договора увеличивается на _____ руб. и составляет: _____ руб.

4. В остальной части условия договора остаются неизменными. Настоящее соглашение вступает в силу с даты подписания, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Адрес:
ОГРН/ОГРНИП
ИНН
КПП
Р/с
в
К/с
БИК
ОКПО

Главный врач _____

ЗАКАЗЧИК:

Анонимный пациент

Заказчик _____