11.07.2025г

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора отдела платных услуг и ДМС _____., действующей на основании доверенности №___от _____., с одной стороны, и _____. именуемого в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили, в соответствии с Гражданским кодексом РФ и действующим законодательством, настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Пациенту медицинские услуги по своему профилю деятельности, в соответствии с полученной лицензией № ЛО-50-01-010973 от «04» июня 2019 года, выданной МЗ МО согласно Прейскуранта цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги:

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен (тарифов), подписать договор и информированное согласие и согласие на обработку персональных данных.

2.1.2. ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору;

2.1.3. выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, но настоящему Договору;

2.1.4. не осуществлять самостоятельного лечения;

2.1.5. соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.1.6.обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

2.2. Пациент имеет право:

2.2.1. получать от Исполнителя любые сведения о состоянии своего здоровья, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.2.2. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем услуг(Спецификация);

2.3.2. оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором;

2.3.3. вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке;

2.3.4. немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору;

2.3.5. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю стоимость не оказанной услуги;

2.3.7. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

2.3.8. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациента своих обязательств, при этом Исполнитель возмещает Пациенту стоимость пропорционально оставшимся обследованиям .

2.3.9 Дополнительные виды услуг оформляются новым договором.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость составляет _____ рублей 00 копеек.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5. Конфиденциальность

5.1. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств в текущем календарном году.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

Согласие на получение платной медицинской услуги

Я, _____
желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница», мне разъяснено и мною осознано, что я имею возможность получить данную услугу в рамках программы ОМС **пр** ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница», и наличии страхового полиса ОМС.
Даю своё согласие на оказание мне платных услуг и готов (а) их оплатить.

1. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной (ых) медицинской (их) услуг (и) в соответствии с ним, даю своё согласие на их оплату в кассу ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница», за счёт своих личных средств.

2. С условиями оказания платных медицинских услуг оказываемых в ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница», и с пунктами, изложенными в данном информированном согласии, Я ознакомлен (а) и согласен (а), положения указанных выше документов мне разъяснены и понятны.

Подпись пациента _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, даю свое согласие на обработку персональных данных : фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, тип документа удостоверяющего личность, гражданство. Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях: получение медицинской помощи или для медицинской комиссии, а так же хранение данных об этих результатах на электронных носителях. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей включая сбор, систематизацию, накопление хранение уточнение, использование, передачу третьем лицам для осуществления действий по обмену информации, обезличивании, блокирование персональных данных, а так же на осуществление любых иных действий, предусмотренных законодательством РФ. Я проинформирован, что ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница», гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ, как не автоматизированным, так и автоматизированными способами. Я подтверждаю, что давая такое согласие я действую по собственной воле и в своих интересах.

Подпись пациента _____

8. Адреса и реквизиты сторон

ГБУЗ Московской области «Долгопрудненская больница»,

Адрес: 141700, Московская обл.,
. Долгопрудный, ул. Павлова 2.
ИНН 5008000072, КПП 504701001
тел./факс: (498)685-15-54
E-mail: pmu-dcgb@mail.ru

_____**администратор**

Адрес :
Паспортные данные:

Контактный телефон

_____ подпись пациента