

Договор № _____
оказания платных медицинских услуг несовершеннолетнему

г. Железногорск-Илимский
2023 г.

« ____ » _____

_____,
_____, года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент (несовершеннолетний)», с одной стороны, законный представитель несовершеннолетнего _____, с другой стороны и областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Железногорская районная больница» - ОГБУЗ «Железногорская РБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Боровиковой Галины Васильевны, действующей на основании Устава, с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Несовершеннолетнему/Пациенту медицинские услуги: _____ на условиях, определенных настоящим Договором, а законный представитель несовершеннолетнего обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Законный представитель несовершеннолетнего подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: не менее 1 часа и не позднее 14 рабочих дней.

1.4. При необходимости несовершеннолетнему могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.5. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- номер: Л041-01108-38/00573760 от 22.08.2019 года

- срок действия: бессрочно

- орган, выдавший лицензию: министерство здравоохранения Иркутской области

- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: **выбрать нужное**

- стоматология ортопедическая;

- ортодонтия;

- стоматология хирургическая;

- стоматология детская;

- стоматология общей практики.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить пациента (несовершеннолетнего) и законного представителя несовершеннолетнего бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.3. После исполнения Договора бесплатно выдать пациенту (несовершеннолетнему) и законному представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья пациента (несовершеннолетнего) после

получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

2.2. Пациент (несовершеннолетний) и законный представитель несовершеннолетнего обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3. Пациент (несовершеннолетний) и законный представитель несовершеннолетнего подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Пациент (несовершеннолетний) и законный представитель несовершеннолетнего подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Получать от пациента (несовершеннолетнего) и законного представителя несовершеннолетнего информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.5. Пациент (несовершеннолетний) и законный представитель несовершеннолетнего имеет право:

2.5.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.5.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.6. Пациент (несовершеннолетний), законный представитель несовершеннолетнего, и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей.

3.2. Вознаграждение выплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги.

4. Ответственность Сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом (несовершеннолетним) и законным представителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг пациент или законный представитель пациента вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0,1 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с пациента или законного представителя пациента выплаты неустойки в размере 0,1 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной пациентом или законным представителем пациента.

4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

5.3. Договор расторгается в случае отказа пациента или законного представителя пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом пациент или законный представитель пациента оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с «___» _____ г. и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель: областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Железногорская районная больница» (ОГБУЗ «Железногорская РБ»

Адрес места нахождения: _____.

ОГРН 1023802658582

ИНН 3834008940

Главный врач

Пациент (несовершеннолетний): _____

(Ф. И. О., дата рождения)

Адрес места жительства: _____.

Иные адреса (при наличии): _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____.

Подпись: _____.

Законный представитель пациента: _____

(Ф. И. О.)

Адрес места жительства: _____.

Иные адреса (при наличии): _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Телефон: _____.

Подпись: _____.

Приложение № 2
к приказу от 27.02.2024 г. № 185

Приложение № 1
к договору оказания
платных медицинских услуг
№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Согласие

Настоящим _____
(Ф.И.О. законного представителя пациента)

подтверждает согласование следующего объема платных медицинских услуг в рамках
стандарта медицинской помощи несовершеннолетнему _____
(Ф.И.О., дата рождения)

при услуге, в соответствии с п. 1.5. договора оказания платных медицинских услуг
пациенту (несовершеннолетнему).

дата

подпись

**Дополнительное соглашение
к договору оказания платных медицинских услуг пациенту (несовершеннолетнему)
от ____ . ____ .20__ № _____**

г. Железногорск-Илимский

« ____ » _____ 20__ г.

_____,
_____, _____ года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент (несовершеннолетний)», с одной стороны, законный представитель несовершеннолетнего _____, с другой стороны и областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Железногорская районная больница» - ОГБУЗ «Железногорская РБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Боровиковой Галины Васильевны, действующей на основании Устава, с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили дополнительное соглашение об оказании пациенту (несовершеннолетнему) дополнительных медицинских услуг:

№	Наименование услуги	Количество	Срок ожидания услуги	Цена услуги	Стоимость
1.					
2.					
3.					
	Всего к оплате				

Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах: для Исполнителя и законного представителя несовершеннолетнего пациента.

Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель: областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Железногорская районная больница» (ОГБУЗ «Железногорская РБ»)

Адрес места нахождения: _____.

ОГРН 1023802658582

ИНН 3834008940

Главный врач

Пациент (несовершеннолетний): _____
(Ф. И. О., дата рождения)

Адрес места жительства: _____.

Иные адреса (при наличии): _____.

Документ, удостоверяющий личность: _____.

Телефон: _____.

Подпись: _____.

Законный представитель пациента: _____
(Ф. И. О.)

Адрес места жительства: _____.

Иные адреса (при наличии): _____.

Документ, удостоверяющий личность: _____.

Телефон: _____.

Подпись: _____.