

Уведомление об информировании до заключения настоящего договора

Я, нижеподписавшийся(ая), _____, являющийся(ая) _____ (матерью/отцом/опекуном/иным законным представителем) ребенка _____ (Ф.И.О., год рождения), настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с преискурантом, действующим на дату заключения договора.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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 пациента (потребителя).

« ____ » _____ 20__ г. Ф.И.О. _____ Подпись _____

ДОГОВОР № НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Пятигорск _____ « ____ » _____ 202__ г.

Лечебно-профилактическое учреждение профсоюзов «Пятигорская бальнеогрязелечебница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ильных Александра Петровича, действующего на основании Устава, с одной стороны,

_____, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель/Законный представитель Потребителя/Заказчик (нужное подчеркнуть), являющийся(ая) _____ (матерью/отцом/опекуном/иным законным представителем) ребенка _____ (Ф.И.О., год рождения), именуемого в дальнейшем Потребитель,

Заказчик _____, ИНН _____ /ОГРН _____ в лице _____, заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «Потребителя», с третьей стороны,

вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

1.1. Наименование и фирменное наименование: ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница».

- Адрес места нахождения: 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Красноармейская, 16

- ОГРН 1022601619567, ИНН 2632054854.

- Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01197-26/00319480 от 6 марта 2018 года. Выдана бессрочно.

Наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа: Министерство здравоохранения Ставропольского края: 355000 г. Ставрополь, ул. Дзержинского 158, 17 этаж, офис 1701, телефон: (8652) 74-80-79.

- Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: работы (услуги), выполняемые: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), физиотерапии; 6) при оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: медицинскому массажу, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сестринскому делу, терапии, физиотерапии, лечебной физкультуре.

1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736), Порядком организации санаторно-курортного лечения (утв. Приказом Минздрава России от 05.05.2016 N 279н) и иным действующим законодательством Российской Федерации.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги, в порядке и сроки, которые установлены настоящим договором.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его Законного представителя.

2.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Пятигорск, ул. Красноармейская, 16, г. Пятигорск, бульвар Гагарина, 1 в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736). Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг по настоящему договору третьих лиц (соисполнителей), а оплата оказанных услуг производится Потребителем (Законным представителем, Заказчиком) Исполнителю.

2.4. Виды бальнеолечения будут рекомендоваться Потребителю индивидуально на основании медицинских показаний в соответствии с перечнем предоставляемых медицинских услуг и действующим преискурантом Исполнителя.

2.5. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:

2.5.1. Пациент, Потребитель – это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

2.5.2. Законный представитель/Заказчик – представитель Пациента (Потребителя) – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу Пациента (Потребителя).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечивать Потребителя (Законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), ОГРН, ИНН, графике работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, методах оказания медицинской помощи, видах медицинского вмешательства, об условиях и сроках предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

3.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, надлежащего качества, с использованием методов, разрешенных на территории РФ.

3.1.3. Предупредить Потребителя (Законного представителя), Заказчика, в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Законного представителя), Заказчика, Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.

3.1.4. Предоставить Потребителю (Законному представителю) список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги.

3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя (Законного представителя) находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе или его Законном представителе.

3.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.1.7. Предоставлять Потребителю (Законному представителю) материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

3.1.8. Предоставлять Потребителю (Законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной форме информацию:

- о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения и профилактики, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.9. Давать при необходимости по просьбе Потребителя (Законного представителя) разъяснения о ходе оказания услуг.

3.1.10. По окончании оказания платных медицинских услуг предоставить Потребителю/Законному представителю (по его требованию) копии медицинских документов либо выписки из них, отражающих информацию о диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания платы, в 3-дневный срок с момента обращения.

3.2. Потребитель или его Законный представитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 5 настоящего договора (в случае личного представления своих интересов).

3.2.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Перед оказанием платных медицинских услуг дать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг. (Приложение № 1)

3.2.4. Соблюдать требования, предписания, указания, рекомендации медицинского персонала как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. 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 Потребителя.

3.2.5. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать правила внутреннего распорядка, режим работы Исполнителя, Правила поведения в медицинском учреждении, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству РФ и настоящему Договору.

3.2.6. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы, связанные с оказанием платных медицинских услуг.

3.2.7. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

3.2.8. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом Исполнителя.

3.2.9. Уведомить Исполнителя о несоблюдении рекомендаций Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.

3.2.10. Дать письменное согласие на обработку его персональных данных, полученные от Потребителя или его Законного представителя при заключении и исполнении настоящего Договора (Приложение № 2).

3.3. Законный представитель или Заказчик обязуется:

3.3.1. Приобрести платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя, произведя оплату стоимости оказываемых Потребителю платных медицинских услуг на расчетный счет Исполнителя в срок, предусмотренный настоящим Договором.

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. Получать от Потребителя (его Законного представителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (его Законным представителем) информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

3.4.2. Требовать от Потребителя соблюдения требований и правил, установленных законодательством и настоящим Договором, необходимых для надлежащего оказания медицинских услуг.

3.4.3. Получить от Потребителя (его Законного представителя) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в процессе оказания платных медицинских услуг.

3.4.4. Получить от Потребителя (его Законного представителя) письменное согласие на обработку его персональных данных, полученные от Потребителя или его Законного представителя при заключении и исполнении настоящего Договора.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
к договору № _____ от « _____ » _____ 202__ г.
на оказание платных медицинских услуг

Лечебно-профилактическое учреждение профсоюзов «Пятигорская бальнеогрязелечебница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ильиных Александра Петровича, действующего на основании Устава, с одной стороны,

_____, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель/Законный представитель Потребителя/Заказчик (нужное подчеркнуть), являющийся(ая) _____
(матерью/отцом/опекуном/иным законным представителем) ребенка _____ (Ф.И.О., год рождения), именуемого в дальнейшем Потребитель,

_____,
Заполняется в случае оплаты услуг Заказчиком - юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем)
Заказчик _____, ИНН _____ /ОГРН _____ в лице _____, заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «Потребителя», с третьей стороны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с п.п. 2.4, 5.3, 9.3, Стороны пришли к соглашению внести изменения в п. 5.2 договора, дополнив его следующими платными медицинскими услугами:

№ п/п	Наименование услуги	Ед.	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
				Итого без НДС, руб.:	
				Итого НДС, руб.:	
				Всего (с учетом НДС) руб.	

- Соглашение является неотъемлемой частью договора, составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой стороны.
- В остальном все условия договора сохраняют свою силу.
- Соглашение вступает в силу с « _____ » _____ 202__ года.

5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель
ЛПУП «Пятигорская бальнеогрязелечебница», 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Красноармейская,16, ИНН /КПП 2632054854/263201001, ОГРН 1022601619567, р/сч 4070381010098000685 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве, к/сч 30101810145250000411, БИК 044525411, Телефон 8(879-3) 40-48-74, e-mail: pbgl@profkurort.ru

Потребитель ФИО _____ Документ, удостоверяющий личность _____
Адрес: _____, тел. _____

_____,
Заполняется в случае представления интересов Потребителя третьими лицами
Законный представитель Потребителя/Заказчик _____, Документ, удостоверяющий личность _____
Адрес: _____, тел. _____
Заказчик (Организация)(ИП) _____,ИНН _____,ОГРН _____

Потребитель (законный представитель Потребителя) _____
Заказчик _____
Исполнитель
Директор _____ /Ильиных А.П./

-