

**ДОГОВОР**  
**на оказание платных медицинских услуг**  
**(для граждан иностранного государства)**

г.Новосиль

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ», действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., срок действия - бессрочно, в лице главного врача \_\_\_\_\_

действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, временно проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим Договором БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ» обязуется оказать «Пациенту» на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к требованиям диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а «Пациент» обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующие медицинские услуги:

\_\_\_\_\_ (далее - Услуги).

1.3. Пациент является гражданином иностранного государства \_\_\_\_\_, не имеющего права на бесплатное получение медицинских услуг.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Пациент обязуется:

2.1.2. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п.3 настоящего Договора;

2.1.3. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного в п. 1.2. заболевания;

2.1.4. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.5. Соблюдать внутренний режим нахождения в стационаре БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ»;

2.1.6. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.7. Отказаться на весь курс лечения от употребления алкогольсодержащих напитков;

2.1.8. Согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарственных трав, мазей и т.п.;

2.1.9. Бережно относиться к имуществу Исполнителя;

2.2. Пациент имеет право:

2.2.5. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.6. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья, протекании лечения, результаты обследований и анализов и т.д.;

2.2.7. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

- 2.2.8. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
- 2.2.9. 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 медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями, с использованием оборудования, инвентаря и других средств, необходимых для полного объема работ и услуг;
- 2.3.2. Использовать в процессе лечения только лицензионные, запатентованные способы, рекомендованные Российской и общемировой медицинской практикой;
- 2.3.3. Вести учет услуг, оказанных Пациенту;
- 2.3.4. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента;
- 2.3.5. Предоставить пациенту доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.
- 2.4. Исполнитель имеет право:
- 2.4.1. Требовать соблюдения правил внутреннего режима БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ». режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;
- 2.4.2. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Пациенту стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения за вычетом 3% процентного штрафа от общей суммы лечения в качестве компенсации за вынужденный простой персонала и оборудования Исполнителя;
- 2.4.3. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной настоящим Договором.

### **3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

- 3.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) руб.
- 3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Излишне оплаченные суммы подлежат возврату.
- 3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. Данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по Договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.
- 4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.
- 4.3. Пациент обязан полностью возместить БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ» понесенные убытки, если оно не смогло оказать Услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Пациента.

### **5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

- 5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения обязательств сторонами.

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

## 6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### «Исполнитель»

БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ»  
303500, Орловская область, г.Новосиль, ул.Урицкого, д.32  
ИНН: 5719000023 / КПП571901001  
Свидетельство о постановке  
на учет в налоговом органе  
серия 57 №001293985  
выдано Межрайонной ИФНС России №5  
по Орловской области  
ОГРН 1025700685537  
Банк Отделение Орел г.Орел  
УФК по Орловской области  
л/сч 20546У80140  
р/сч: 40601810800001000001  
БИК: 045402001  
т. 8 (48673) 2-23-76

### «Пациент»

ФИО \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

зарегистрированный (проживающий) по  
адресу: \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

(ФИО исполнителя)

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

## АКТ

об оказании услуг

по договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г. Новосиль

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

БУЗ Орловской области «Новосильская ЦРБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Исполнителем оказаны платные медицинские услуги Пациенту.
2. Услуги оказаны в полном объеме на сумму \_\_\_\_\_ рублей, в связи с чем Пациентом уплачивается полная стоимость услуг путем безналичного расчета, путем перечисления денежных средств через учреждения банков на расчетный счет Исполнителя, указанный в Договоре, или внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя или с использованием банковской пластиковой карты после оказания услуг.
3. Пациент не имеет претензий к качеству оказанных услуг.

Исполнитель \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. исполнителя)

Пациент \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. пациента)