

**ДОГОВОР**  
**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Владикавказ

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, далее именуемое «Исполнитель», в лице главного врача Тавасиевой Валерии Эльбрусовны, действующей на основании Устава от 12.01.2012, с одной стороны и

гражданин(-ка) \_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик»/ «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги:

№ п/п	Вид услуг	Срок выполнения	Кол-во	Цена	Стоимость услуг
1					
2					
3					
4					
5					

по медицинским показаниям, при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, согласно перечню платных медицинских услуг, прейскуранту на платные медицинские услуги и «Положению о правилах предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ РЦПБ со СПИД и ИЗ МЗ РСО-А», с которыми Заказчик ознакомился.

1.2. На момент подписания настоящего Договора Потребитель (Заказчик) информирован о порядке предоставления и перечне услуг оказания бесплатной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Исполнитель уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

**2. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ**

2.1. Запись за основным государственным регистрационным номером 1051500900010 о государственной регистрации юридического лица внесена в Единый государственный реестр юридических лиц Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Владикавказу.

2.2. Исполнитель действует на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01180-15/00560944 действующая с «19».12.2018г. (бессрочно), выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

2.3. Виды деятельности в соответствии с лицензией: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебному делу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике;

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; при оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: инфекционным болезням; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции; медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.

### **3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

3.1. За выполнение медицинских услуг Заказчик, указанных в п.1.1 настоящего Договора платит Исполнителю в соответствии с прейскурантом цен на медицинские услуги, сумму в размере

3.2. Заказчик производит оплату Исполнителю в порядке предоплаты в размере 100% наличным (через контрольно – кассовый аппарат), либо безналичным расчетом (на расчетный счет учреждения).

3.3. По завершению оказания услуг Потребителю выдается медицинская справка с результатом исследования, либо «Сертификат об отсутствии ВИЧ-инфекции» (для иностранных граждан и лиц без гражданства. При положительном результате исследования, сертификат не выдается ч. 2. ст. 8 приказа Минздрава России от 19.11.2021 N 1078н).

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом (Заказчиком) в полном объеме в день оказания услуг путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, безналичным путем через терминал или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

3.5. Услуги оказываются после заключения договора и внесения Потребителем (Заказчиком) оплаты за услуги в соответствии условиями настоящего Договора.

3.6. Сроки оказания услуг (конкретная дата и время) согласовываются сторонами, исходя из режима работы Исполнителя и времени необходимого для проведения исследований, указанных в п.1.1 настоящего Договора.

3.7. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Исполнитель в 10-дневный срок возвращает Потребителю (Заказчику) соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг на основании заявления Потребителя (Заказчика) через кассу, безналичным путем через терминал Исполнителя или путем перечисления на расчетный счет Заказчика.

3.8. Исполнитель выдает на руки Заказчику контрольно-кассовый чек (по требованию «товарный чек»), медицинскую справку с результатом исследования, либо сертификат.

### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

#### **4.1. Исполнитель обязан:**

4.1.1. Оказать Потребителю истребованные им услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и выдать результаты на бланках Исполнителя.

4.1.2. Предоставлять необходимую информацию Потребителю об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости.

4.1.3. Оказать качественные медицинские услуги и в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

4.1.4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы, технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.5. Предупредить Потребителя (Заказчика) о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.1.6. Соблюдать врачебную тайну, деонтологию и медицинскую этику.

## **4.2. Потребитель (Заказчик) обязан:**

4.2.1. Самостоятельно, на основе действующего Прейскуранта Исполнителя, определить фактический перечень услуг, которые Потребитель желает получить в рамках настоящего Договора.

4.2.2. Оплатить медицинские услуги Исполнителя в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

## **4.3. Исполнитель имеет право:**

4.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- Действий Потребителя, угрожающих его жизни, а также здоровью персонала.

4.3.2. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

4.3.3. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору.

4.3.4. Изменять состав, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в Прейскурант.

## **4.4. Потребитель имеет право:**

4.4.1. Потребитель имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.4.2. Потребитель имеет право получить медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях в рамках ОМС, без взимания платы. Аналогичная медицинская услуга в рамках ОМС может быть оказана в поликлинике по месту жительства.

## **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Исполнитель обязуется сохранять конфиденциальность информации, полученной в ходе исполнения настоящего Договора.

5.2. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## **7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ**

7.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности перед другой Стороной за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, обусловленное действием обстоятельств непреодолимой силы.

## **8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

8.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте, обмена факсимильными сообщениями.

8.2. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии – 30 дней с даты получения претензии.

8.3. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **9. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует до получения Заказчиком результатов медицинского освидетельствования.

9.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения договора, письменно уведомив об этом Исполнителя. Исполнитель при этом удерживает денежные средства, исходя из объема фактически оказанных услуг.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Потребитель (Заказчик) с порядком и условиями оказания медицинских услуг и оплаты ознакомлен и согласен.

10.2 Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица – что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

10.3. Настоящий договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

## 11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### «ИСПОЛНИТЕЛЬ»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, 362027, РСО-Алания, г. Владикавказ, улица Кирова/Тамаева, д. 51/44., Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц от 24.01.2012 г. № 21211513013048

ИНН 1501009091 КПП 151301001 Номер ЕКС 40102810945370000077

Отделение НБ Респ. Северная Осетия-Алания Банка России УФК по РСО-Алания  
р/с 03224643900000001000 в отделении НБ РСО-Алания л/сч 20106Ч65210 УФК по РСО-Алания БИК 049033001

ОКОПФ 7 52 03, ОКОГУ 2300229, ОКФС 13, ОКПО 41165517, ОГРН 1051500900010,  
ОКВЭД 86.90.9 ОКВЭД2 (иные виды деятельности) 86.90.1ОКТМО 90701000001,  
ОКАТО 90401370000

Телефон +7(8672) 534598, Электронная почта для жалоб и обращений:  
[hivalania@minzdrav.alania.gov.ru](mailto:hivalania@minzdrav.alania.gov.ru). Официальный сайт: <http://spid.minzdravrsro.ru/>

**ГЛАВНЫЙ ВРАЧ**

**В.Э. ТАВАСИЕВА**

### «ЗАКАЗЧИК»:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Все выше указанные положения разъяснены мне врачом, и понятны мне. Я предупрежден о том, что могут потребоваться дополнительные методы диагностики и лечения. Я, в соответствии с требованиями ст. 9. ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» №152 –ФЗ, подтверждаю согласие на все действия (сбор, хранение, систематизацию, использование и пр.) в ГБУЗ РЦПБ со СПИД и ИЗ МЗ РСО-А с моими персональными данными, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания мне в ГБУЗ РЦПБ со СПИД и ИЗ МЗ РСО-А медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам данного учреждения передавать мои персональные данные другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**ПОДПИСЬ** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

