

**Договор  
на оказание платных медицинских услуг**

г. Липецк

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной перинатальный центр» (ГУЗ «ЛОПЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Захряпиной Л.В., действующего на основании Устава, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности ЛО-48-01-001934 от 16.05.2019 г., выданной Управлением здравоохранения по Липецкой области, 398050, г. Липецк, ул. Зегеля, д.6, тел. (4742)23-80-80 по выполняемому Перечню работ (услуг):

- При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, неонатологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, офтальмологии, психотерапии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), неонатологии.
- При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии.
- При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности;
- 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: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, лабораторному делу, лабораторной диагностике, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии;  
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;  
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, генетике, гигиеническому воспитанию, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной генетике, организации здравоохранения и общественному здоровью, психотерапии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности с одной стороны, и граждан, и

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) платные медицинские услуги, а Потребитель (Пациент) обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем и сроки их оказания содержатся в п. 1.2. настоящего Договора.

1.2. Виды, объем и стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора:

п/п	Наименование предоставляемой платной медицинской услуги	Стоимость	Кол-во	Сумма	Дата оказания услуги

Итоговая стоимость договора \_\_\_\_\_

1.3. При заключении Договора Потребителю 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 и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.



Обязательно к заполнению

**Информированное добровольное согласие Потребителя (Пациента) на оказание платных медицинских услуг  
и медицинское вмешательство**

(заполняется в 3-х экземплярах)

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО полностью заказчика/потребителя(пациента)/законного представителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных  
Я, являюсь законным представителем(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(ФИО представляемого, число, месяц, год рождения)

получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

- Мне, в доступной форме разъяснены: состояние моего здоровья, характер и варианты предстоящих диагностических и лечебных мероприятий, медицинских действий, в том числе оперативного лечения, цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски и их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, неблагоприятных эффектов диагностических и лечебных процедур, болевых ощущениях, с возможными осложнениями и последствиями, включая нетрудоспособность и смерть, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача.

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех переносимых мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах;

- Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Липецкой области диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию.

- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства на базе Государственного учреждения здравоохранения «Липецкий областной перинатальный центр», в объеме медицинских услуг предусмотренном п.1.2. Договора на оказание платных медицинских услуг от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в РФ» добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

п/п	Наименование предоставляемой платной медицинской услуги	дата	подпись

- Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года  
подпись гражданина(законного представителя) / Фамилия ИО

Гражданин (законный представитель) расписался в моем присутствии

\_\_\_\_\_  
должность, ФИО, подпись

**АКТ**  
выполненных работ на оказание платных медицинских услуг

г.Липецк

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной перинатальный центр» (ГУЗ «ЛОПЦ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ильина А.И., действующего на основании Устава, имеющее Лицензию на осуществление медицинской деятельности ЛО-48-01-001934 от 16.05.2019 г., выданной Управлением здравоохранения по Липецкой области, 398050, г. Липецк, ул. Зегеля, д.6, тел. (4742)23-80-80 Лицензию на осуществление медицинской деятельности ЛО-48-01-001934 от 16.05.2019 г., выданной Управлением здравоохранения по Липецкой области, 398050, г. Липецк, ул. Зегеля, д.6, тел. (4742)23-80-80, с одной стороны и

\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, составили настоящий акт выполненных работ о следующем:

1. Исполнитель, в соответствии с условиями договора от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г., оказал платную медицинскую услугу

п/п	Наименование предоставленной платной медицинской услуги	Стоимость	Кол-во	Сумма	Дата оказания услуги

Платные медицинские услуги оказаны на общую сумму \_\_\_\_\_

2. Платные медицинские услуги выполнены Исполнителем своевременно, качественно и в полном объеме. Претензий со стороны Потребителя к Исполнителю не имеется.
3. Настоящий акт составлен в количестве экземпляров, равном количеству сторон Договора, по одному для каждой из сторон равной юридической силы.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель:**

**Потребитель:**

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкий областной перинатальный центр» (ГУЗ «ЛОПЦ») 398055 г. Липецк ул. Московская, владение 6г  
ИНН 4825953843 КПП 482501001  
Управление финансов Липецкой области л/с 200007000320) р/с 40601810000003000001  
Отделение Липецк, БИК 044206001  
ОГРН 1074823017609, выданное 03.10.2007 г. ИФНС России по Левобережному району г. Липецка  
Тел.(4742)31-45-96

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
Паспортные данные: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_

Потребитель \_\_\_\_\_