

ДОГОВОР НА ВЫПОЛНЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Петрозаводск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Республиканская станция переливания крови» (юр. адрес: 185002, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Пирогова, д. 4а.), зарегистрировано Министерством юстиции Республики Карелия 10.11.1999 г. № 1001400086, в Едином государственном реестре юридических лиц за основным государственным регистрационным номером (ОГРН): 1021000527052 от 14 ноября 2002г, выдано Свидетельство Инспекции Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Петрозаводску Республики Карелия, серия 10 № 000590064, осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № ЛО-10-01-000906 от 07.05.2015 г. (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, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии, клинической лабораторной диагностике, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: трансфузиологии, При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются работы (услуги) по заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов) выданной Министерством здравоохранения и социального развития Республики Карелия (185000, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д.6, каб. 206, тел. 79-29-42, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Пушкаревой Ирины Григорьевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка) (далее Пациент)

ФИО _____

Дата рождения _____

(в том числе обладающего соответствующей гражданкой дееспособностью пациента, или законного представителя пациента, не обладающего соответствующей дееспособностью)

Документ, удостоверяющий личность Пациента, серия, номер _____

Прописан по адресу, контактный телефон _____

Информированное добровольное согласие Пациента: _____ (подпись)

(пациент подтверждает, что ознакомлен с информацией об особенностях услуг, а также о медицинских работниках ИСПОЛНИТЕЛЯ, об уровне их образования и об их квалификации и оплачивает услугу по собственной инициативе)

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего договора

1.2. Пациенту известен порядок оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, и он согласен на платное обследование.

Наименование медицинской услуги	Сумма
1. Забор крови для проведения медицинского исследования	
2. Определение группы крови	
3. Определение резус фактора	
4. Исследование крови на наличие антигена (HBsAg) вируса гепатита В	
5. Исследование крови на наличие вируса гепатита С	
6. Исследование крови на ВИЧ	
7. Исследование крови на СИФИЛИС ИФА	
8. Анализ крови на Сифилис (микрореакция)	
9. Исследование сыворотки на наличие антиэритроцитарных антител (антител антирезус)	
10. Определение иммунных антител системы АВ0	

Сумма прописью _____

2. Обязанности Сторон:

2.1. Исполнитель:

- 2.1.1. Оказать квалифицированное и качественное предоставление медицинской услуги течение трёх рабочих дней с даты заключения договора, актом выполненных работ считать бланк с результатами проведенных исследований;
- 2.1.2. Выдавать пациенту (кассовый) чек или другой документ, подтверждающий приём наличных денег;

2.2. Пациент:

2.2.1. Информировать медицинских работников Исполнителя о перенесённых или имеющихся заболеваниях, противопоказаниях, о контакте с инфекционными больными. В случае не сообщения данных сведений Исполнитель снимает с себя ответственность, а Пациент несёт ответственность в установленном законом РФ порядке.

2.2.2. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги, согласно действующему Прейскуранту цен на медицинские услуги;

3. Ответственность сторон:

3.1. Стороны договора несут ответственность за ненадлежащее выполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения договора

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до выполнения сторонами своих обязательств.

4.2. Настоящий Договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренных действующим законодательством РФ.

4.3. В случае отказа Пациента после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесённые последним расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.4. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путём оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

4.5. Договор составлен в 2-х/3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5. Конфиденциальность

5.1. Пациент/Заказчик дают Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика, в объёме и способами, указанными в п. 1, 3ст.3, ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения исполнителем обязательств по настоящему Договору.

Исполнитель

Пациент

Главный врач ГБУЗ «РСПК»

И.Г. Пушкарёва

МП

Подпись и расшифровка подписи Пациента

Если Заказчик и Пациент являются разными лицами:

Подпись, расшифровка подписи Пациента или его
Законного представителя