

Удразец.

ЗАЯВЛЕНИЕ

об оказании платных медицинских услуг

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество – полностью)

01.02.2000

года рождения, проживающий (-ая) по адресу:

г. Абакан Заводская 1

, телефон 8-9138483340

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

проживающий (-ая) по адресу: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1) Я ознакомлен с правилами оказания видов медицинской помощи в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД», обеспечивающих реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Республике Хакасия, а также о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД», и отказываюсь от предложенной мне (представляемому) альтернативной возможности получения этого вида медицинских услуг за счет государственных средств.

2) Я получил полную информацию о местонахождении ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД», режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД».

3) Я ознакомлен с процедурами и методами обследования и лечения, которым я подвергнусь, с правилами подготовки к сдаче анализов, техникой их проведения, осложнениями, которые могут возникнуть в процессе их проведения, а также мероприятиями по их профилактике и предотвращению. Даю свое добровольное согласие на все медицинские манипуляции, необходимые для моего обследования и амбулаторного лечения.

4) Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны медицинские услуги, поименованные в Перечне медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»;

5) Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в размере _____ руб. _____ коп.

6) Срок оказания медицинских услуг составляет _____.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, и добровольно даю согласие на консультацию, обследование за счет собственных средств, в чем собственноручно расписался.

«20» 10. 2020 г.

Подпись пациента Иванов

Настоящее заявление подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»: _____
должность, фамилия, имя, отчество законного представителя

ДОГОВОР
об оказании платных медицинских услуг № _____

« ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-19-01-000892 от 20 февраля 2016 года, выданной Министерством здравоохранения Республики (Республика Хакасия, город Абакан, улица Крылова, дом 72, телефон 8 (3902) 29-50-91) в лице законного представителя _____, действующего на основании доверенности

№ _____ от « ____ » _____ 20__ с одной стороны, и **Гражданин** _____,
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, указан в приложении № 2 к настоящему договору.

1.2. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить эти услуги. Оказываемые медицинские услуги отражены в бланке «Виды медицинских услуг» (Приложение 3).

1.3. Своё согласие о намерении получить платные медицинские услуги Пациент фиксирует в бланке «Заявление об оказании платных медицинских услуг» (Приложение 4)

1.4. Медицинские услуги оказываются Пациенту в сроки и на условиях, предусмотренных заявлением об оказании платных медицинских услуг (приложение № 4), в день заключения договора.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов

2.1. Стоимость медицинских услуг отражена в приложении № 3 «Виды медицинских услуг»

2.2. Оплата стоимости услуг осуществляется Пациентом на условиях 100%-ной предоплаты в день заключения настоящего договора путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или с помощью банковской карты.

2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, непредусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- предоставить Пациенту достоверную, доступную информацию о предоставляемых медицинских услугах;
- оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.

3.2. Пациент обязан:

- информировать Исполнителя до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- своевременно оплатить стоимость медицинских услуг;
- точно выполнять рекомендации и назначения Исполнителя.

3.3. Пациент имеет право:

- на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинских услугах;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Ответственность Исполнителя в случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения своих обязанностей наступает только при наличии вины Исполнителя.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

6.3. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

7. Подписи сторон

От пациента:

Ф.И.О. Иванов Иван Иванович
Адрес: г. Абакан
Заводская 1
Телефон: _____

От исполнителя:

ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»
655004, Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Заводская, 3
ИНН/КПП 1901020942/190101001
Тел./факс 8 (3902) 35-50-82, e-mail: aids@aids19.ru
огрн1021900527329, выдано Межрайонной инспекцией
Министерства Российской Федерации по налогам
и сборам № 1 по Республике Хакасия о внесении в
ЕГРЮЛ сведений о юридическом лице

Иванов Иван Иванович
(подпись)

(подпись)