

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

«___» _____ 202__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ФС-99-01-009470 от 29 января 2018 г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, в лице Заместителя Генерального директора по лечебной работе Троицкой Веры Витальевны, действующего на основании доверенности № 52 от 24.02.2021г., с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик/Пациент» (в случаях заключения договора с другим физическим лицом в пользу «Пациента» _____),

(фамилия, имя, отчество указываются, если Пациент не является Заказчиком)

с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

1.1. Заказчик (Пациент) поручает, а Исполнитель оказывает платные медицинские услуги (далее «Услуги») перечисленные в Прейскуранте на платные медицинские услуги (далее – «Прейскурант») Исполнителя, размещенном на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.blood.ru, по своему профилю деятельности, в объеме и на условиях предусмотренных настоящим Договором, которые Заказчик (Пациент) обязуется оплатить.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Информировать Заказчика (Пациента) о медицинских услугах (вмешательствах), о возможных последствиях при оказании медицинских услуг.

2.1.2. Определить необходимый объем услуг и их стоимость согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги, действующему на момент заключения договора.

Наименование и стоимость необходимых Заказчику (Пациенту) услуг указывается в направлении врача на лабораторное исследование/консультацию/обследование/лечение, а также отражается в предъявляемом Заказчику/Пациенту счете на оплату.

2.1.3. Оказать медицинские услуги надлежащего качества Заказчику (Пациенту) в согласованном с ним объеме, в соответствии с Договором, Лицензией на осуществление медицинской деятельности, требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. № 1006, в том числе в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а при необходимости оказать дополнительные медицинские услуги.

2.1.4. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, полученных в ходе оказания услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Заказчика надлежащего выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. Вносить изменения в Прейскурант, разместив изменения на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.blood.ru.

2.2.3. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3. Заказчик (Пациент) обязуется:

2.3.1. Информировать врача до начала оказания медицинских услуг о предварительных исследованиях и консультациях специалистов (при их наличии), состоянии своего здоровья, в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Своевременно оплатить медицинские услуги.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

2.3.4. Ознакомиться и подписать Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему Договору), Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 2 к настоящему Договору), являющиеся неотъемлемой частью Договора.

2.4. Подписав Информированное согласие, Заказчик (Пациент) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора он уведомлен о возможности получения бесплатной медицинской помощи по Программе государственных гарантий и добровольно согласился на оказание медицинских услуг на платной основе. С утвержденными тарифами Исполнителя Заказчик (Пациент) ознакомлен.

2.5. Заказчик (Пациент) имеет право:

2.5.1. Отказаться от получения медицинских услуг до начала их оказания и получить уплаченные за них денежные средства.

2.5.2. Получать заключения в письменном виде с указанием результатов проведенных консультаций, лечебно-диагностических мероприятий и врачебных рекомендаций.

2.6. В случае, если требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Пациента) с помощью доступного для Заказчика (Пациента) способа связи, указанного им в Разделе 6 Договора. Без согласия Заказчика (Пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.7. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (Пациента) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Порядок расчетов.

3.1. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем с момента подписания настоящего Договора обеими Сторонами и на условиях 100 % предоплаты.

3.2. Заказчик (Пациент) производит оплату услуг в соответствии с выставленным счетом в российских рублях на расчетный счет Исполнителя. Все расчеты между Сторонами осуществляются в наличной или безналичной форме путем оплаты денежных средств через кассу Исполнителя или перечислением на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре, через отделения или терминалы банков.

Оплата счета Заказчиком (Пациентом) может быть выполнена на основании сканированного счета, направленного Исполнителем Заказчику (Пациенту) на адрес электронной почты, указанной Заказчиком (Пациентом) в Договоре.

3.3. В случае необходимости проведения дополнительных медицинских услуг, перечень которых определяется медицинским работником Исполнителя, необходимых для выполнения настоящего договора, Исполнитель направляет Заказчику (Пациенту) на указанный им электронный адрес дополнительный счет на оплату с перечнем дополнительных услуг. Заказчик обязан оплатить дополнительные услуги в течение 5 (пяти) календарных дней с момента получения счета Исполнителя.

3.5. В случае отказа Заказчика (Пациента) от получения медицинских услуг после заключения Договора, Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4. Срок действия Договора.

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

4.2. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из сторон обязательств по настоящему Договору.

4.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

5. Ответственность сторон, порядок разрешения споров.

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

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

5.4. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по настоящему Договору в процессе его исполнения, рассматриваются и разрешаются путем переговоров. При невозможности урегулирования спора между Сторонами путем переговоров спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия.

6.1. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу. (Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если Заказчик является одновременно Пациентом, Договор составляется в 2 экземплярах.)

6.2. Стороны договорились, что при заключении настоящего Договора Исполнитель вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования электронной цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

6.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7. Реквизиты сторон.

Исполнитель:

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

Юридический и фактический адрес: 125167, г. Москва,

Новый Зыковский проезд, д. 4, тел.(495) 612-21-23

ИНН: 7714061756 КПП: 771401001 ОКОПФ: 75103

ОКТМО: 45333000 ОГРН: 1027739419014

БИК: 044525000 ОКПО: 01897529 ОКВЭД: 72.19

р/с: № 40501810845252000079

УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ гематологии»

Минздрава России) л/с: 20736У93830, 22736У93830

л/с отдельный: 21736У93830

Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО

Заказчик/Пациент: _____

Место жительства: _____

Паспорт: _____ № _____
выдан _____

E-mail: _____

Телефон: _____

Заместитель генерального директора по лечебной работе
ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России

В.В. Троицкая