

## ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг физическому лицу

г.Краснокаменск « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_ (ФИО) (законный представитель)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем

«Потребитель» с одной стороны, и \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации), адрес места нахождения:

\_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_, выдано

\_\_\_\_\_ лицензия на

осуществление медицинской деятельности \_\_\_\_\_, выдано

\_\_\_\_\_

(наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего

органа), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице

\_\_\_\_\_, действующего (ей) на основании \_\_\_\_\_,

должность, ФИО

с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий

договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платную медицинскую услугу: \_\_\_\_\_, а

Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу:

\_\_\_\_\_.

Лабораторные исследования проводятся без записи, в порядке очередности обращения в Учреждение, в установленные часы. Потребитель уведомлен об объемах оказываемой услуги и согласен на вмешательство.

3. Стоимость предоставления медицинской услуги составляет \_\_\_\_\_ рублей в соответствии с утвержденным

прейскурантом цен. Денежные средства за предоставление медицинской услуги вносятся Потребителем в кассу Исполнителя в момент подписания договора, в размере - 100%. Срок оказания услуг составляет не более 14

дней. Конкретные сроки оказания услуг утверждены номенклатурой ФГБУЗ ЦГиЭ № 107 ФМБА России, размещенной на сайте и информационном стенде Учреждения.

4. В случае возникновения спора между сторонами он подлежит разрешению путем направления Потребителем претензии на имя главного врача Исполнителя. Претензия рассматривается в течение двух недель с момента

получения. При не достижении соглашения спор разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Исполнитель гарантирует Потребителю конфиденциальность его персональных данных при их обработке.

6. Потребитель вправе до оказания медицинской услуги расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке путем подачи письменного заявления. При этом денежные средства, уплаченные Потребителем, возвращаются ему в течение трех рабочих дней с момента расторжения настоящего договора.

7. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

9. Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах.

Исполнитель:

\_\_\_\_\_ (ФИО)

М.П.

Потребитель

(законный представитель):

\_\_\_\_\_ (ФИО)

подпись

Приложение № 2

К Приказу от «01» августа 2023 г. № 160

### Информированное добровольное согласие

Я \_\_\_\_\_ года рождения:  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,  
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

Добровольно даю свое согласие:

- на проведение мне (представляемому), платных медицинских услуг в соответствии с договором.
- на обработку персональных данных.

Я проинформирован (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

подпись