

Договор о предоставлении платных медицинских услуг № _____

г. Тамбов

24.08.2022г.
 Медицинское учреждение Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская инфекционная клиническая больница»(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 05 ноября 2002. серия 68 000744245, выдано Инспекцией МНС России по Октябрьскому району г. Тамбова, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-68-01-000990 от 02 февраля 2017 выданной управлением здравоохранения Тамбовской области(г. Тамбов ул. Советская,106/М.Горького,5, тел.(4752)79-25-12), в лице главного врача Иволгина Олега Станиславовича, действующего на основании Приказа, с одной стороны и «Потребитель» ___, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТА

1.1. «Исполнитель» берёт на себя обязательство оказывать медицинскую услугу надлежащего качества в следующем объёме:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Сро-к исполнени-я дого-вора, дат-а	Цена по прейскуранту, руб.	Итого сумма к оплате, руб.
1	Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, в том числе:				
1.1	определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови с оформлением сертификата (с забором крови, с достоверной и последственной консультацией, с оформлением сертификата)			934	934
1.2	проведение прещелевой рентгенографии органов грудной клетки (в одной проекции)			397	397
1.3	определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом			495	495
1.4	прием (осмотр, консультацию) врача-дерматовенеролога			362	362
1.5	прием (осмотр, консультацию) врача-фтизиатра (выдача заключения об отсутствии туберкулеза)			445	445
1.6	прием (осмотр, консультацию) врача-инфекциониста первичный			348	348
1.7	оформление медицинского заключения			119	119
	ИТОГО:			3100	3100

Исполнитель обязуется:

1.2. оказывать платные медицинские услуги после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство от Потребителя или его законного представителя.

1.3. оказывать в соответствии с предусмотреными медицинскими технологиями квалифицированные, качественные медицинские услуги в объеме и сроках, установленных настоящим договором.

1.4 соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя (врачебную тайну)

1.5. Подписывать настоящий договор, Потребитель даёт свое согласие на обработку своих персональных данных (Ф.И.О., дата и место рождения, место жительства), осуществляя для целей исполнения настоящего договора.

1.6. Потребитель имеет право требовать от исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг, **выписки из медицинских документов (бесплатно)**.

1.7. Потребитель добровольно и по согласованию с врачом выбрал виды медицинских услуг, указанные в п.п. 1.1. настоящего договора, согласен их оплатить в кассу ОГБУЗ «ТИКБ», согласен так же выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги.

2. Цена и порядок оплаты услуг.

2.1. стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет три тысячи сто рублей 3100 рублей
 2.2 оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя, данные изменения к Договору оформляются в простой письменной форме, подписываются обеими сторонами Договора.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Претензии по недоброжающему исполнению платной медицинской услуги от «Потребителя» принимаются в течение 10 (десяти) дней с момента оказания медицинской услуги, в письменной форме.

3.2. При неудовлетворённости оказанной медицинской услугой, «Потребитель» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

3.3. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:
 назначить новый срок оказания услуги;
 уменьшить стоимость предоставленной услуги;

3.4. определить другого специалиста для исполнения услуги;
 восместить убытки «Потребителю».

3.5. В случае неудовлетворённости «Потребителя» решением лица, ответственного за лечебную работу, претензии и споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается получением «Потребителем» услуги.

4.2. Договор составлен в двух экземплярах, один из которых хранится у «Потребителя».

4.3. Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

4.4 Срок исполнения медицинской услуги 48 часов. (исключая выходные и праздничные дни)

5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»

«Потребитель» («Законный представитель»)

ОГБУЗ «Тамбовская инфекционная клиническая больница»
 г.Тамбов, ул.Б.Васильева, д.1 «А», тел. (4752) 47-30-57
 ИНН / КПП 6832024773 / 682901001

Финансовое управление Тамбовской области (ОГБУЗ «Тамбовская инфекционная клиническая больница») л/сч.20646У46600
 Расчетный счет 0322464368000006400, БИК 016850200, кор. счет 4010281064537000057 ОГРН 1026801225417, ОКПО 01946854,
 ОКВЭД 85.11

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН:

Подпись «Исполнителя» _____

(Заведующий службой организации платных услуг-врач-фтизиатр Захарова Н.П.)
 М.П.

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Паспорт: _____

Подпись «Потребителя» («Законного представителя») _____

Договор о предоставлении платных медицинских услуг № _____

г. Тамбов

24.08.2022г.
 Медицинское учреждение Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская инфекционная клиническая больница»(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 05 ноября 2002. серия 68 000744245, выдано Инспекцией МНС России по Октябрьскому району г. Тамбова, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-68-01-000990 от 02 февраля 2017 выданной управлением здравоохранения Тамбовской области(г. Тамбов ул.Советская,106/М.Горького,5, тел.(4752)79-25-12), в лице главного врача Иволгина Олега Станиславовича, действующего на основании Приказа, с одной стороны и «Потребитель» ___, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТА

1.1. «Исполнитель» берёт на себя обязательство оказывать медицинскую услугу надлежащего качества в следующем объёме:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Сро-к исполнени-я дого-вора, дат-а	Цена по прейскуранту, руб.	Итого сумма к оплате, руб.
1	Медицинское заключение о наличии (отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, в том числе:				
1.1	определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови с оформлением сертификата (с забором крови, с достоверной и последственной консультацией, с оформлением сертификата)			934	934
1.2	проведение прещелевой рентгенографии органов грудной клетки (в одной проекции)			397	397
1.3	определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом			495	495
1.4	прием (осмотр, консультацию) врача-дерматовенеролога			362	362
1.5	прием (осмотр, консультацию) врача-фтизиатра (выдача заключения об отсутствии туберкулеза)			445	445
1.6	прием (осмотр, консультацию) врача-инфекциониста первичный			348	348
1.7	оформление медицинского заключения			119	119
	ИТОГО:			3100	3100

Исполнитель обязуется:

1.2. оказывать платные медицинские услуги после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство от Потребителя или его законного представителя.

1.3. оказывать в соответствии с предусмотреными медицинскими технологиями квалифицированные, качественные медицинские услуги в объеме и сроках, установленных настоящим договором.

1.4 соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя (врачебную тайну)

1.5. Подписывать настоящий договор, Потребитель даёт свое согласие на обработку своих персональных данных (Ф.И.О., дата и место рождения, место жительства), осуществляя для целей исполнения настоящего договора.

1.6. Потребитель имеет право требовать от исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг.

1.7. Потребитель добровольно и по согласованию с врачом выбрал виды медицинских услуг, указанные в п.п. 1.1. настоящего договора, согласен их оплатить в кассу ОГБУЗ «ТИКБ», согласен так же выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги.

2. Цена и порядок оплаты услуг.

2.1. стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет три тысячи сто рублей 3100 рублей
 2.2 оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.3. при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя, данные изменения к Договору оформляются в простой письменной форме, подписываются обеими сторонами Договора.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Претензии по недоброжающему исполнению платной медицинской услуги от «Потребителя» принимаются в течение 10 (десяти) дней с момента оказания медицинской услуги, в письменной форме.

3.2. При неудовлетворённости оказанной медицинской услугой, «Потребитель» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

3.3. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:
 назначить новый срок оказания услуги;
 уменьшить стоимость предоставленной услуги;

3.4. определить другого специалиста для исполнения услуги;
 восместить убытки «Потребителю».

3.5. В случае неудовлетворённости «Потребителя» решением лица, ответственного за лечебную работу, претензии и споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается получением «Потребителем» услуги.

4.2. Договор составлен в двух экземплярах, один из которых хранится у «Потребителя».

4.3. Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

4.4 Срок исполнения медицинской услуги 48 часов. (исключая выходные и праздничные дни)

5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»

«Потребитель»

ОГБУЗ «Тамбовская инфекционная клиническая больница»
 г.Тамбов, ул.Б.Васильева, д.1 «А», тел. (4752) 47-30-57
 ИНН / КПП 6832024773 / 682901001

Финансовое управление Тамбовской области (ОГБУЗ «Тамбовская инфекционная клиническая больница») л/сч.20646У46600
 Расчетный счет 0322464368000006400, БИК 016850200, кор. счет 4010281064537000057 ОГРН 1026801225417, ОКПО 01946854,
 ОКВЭД 85.11.1

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН:

Подпись «Исполнителя» _____

М.П.

Подпись «Потребителя» _____