

Уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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 потребителя. Подпись потребителя (заказчика) _____

ДОГОВОР N _____ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Иваново " _____ " _____ 202__ г.

ОБУЗ «ИОНД», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____, действующего(ей) на основании устава(доверенности), так же по поручению и в интересах ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» с одной стороны,

и "Заказчик" - (ФИО) _____

, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1 ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1 Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется за вознаграждение на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, агентских договоров с ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» организовать предоставление следующих медицинских услуг: согласно приложению №1 к договору.

Если Потребителем является не Заказчик необходимо заполнить ФИО, дату рождения и реквизиты паспорта клиента
Сведения о Потребителе: _____

2 УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

2.1 Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» который доводится до сведения Заказчика при заключении договора и/или методом размещения на официальном сайте.

2.2 При необходимости предоставления дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

3 ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость оказываемых Заказчику платных медицинских услуг согласно прейскуранту составляет _____ (_____) руб.

3.2 Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления платной медицинской услуги (предоплата).

4 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1 Исполнитель обязан:
- 4.1.1 Своевременно и качественно предоставить Заказчику медицинские услуги;
- 4.1.2 Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении(лицензии) на медицинскую деятельность, о месте предоставления услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов, в том числе способом размещения информации на официальном сайте и в общедоступных местах;
- 4.2 Исполнитель имеет право:
- 4.2.1 Требовать от Заказчика и/или Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного предоставления ему медицинских услуг;
- 4.2.2 Привлекать для предоставления Потребителю медицинских услуг ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» в рамках агентских договоров, иных третьих лиц имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности;
- 4.2.3 В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и предоставления медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;
- 4.2.4 В случае невозможности предоставления услуги отказаться от исполнения обязательств по договору;
- 4.3 Заказчик и/или потребитель обязан:
- 4.3.1 Своевременно оплатить стоимость услуги;
- 4.3.2 Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, наличия заболевания и пр.);
- 4.3.3 Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику (Потребителю) времени получения медицинской услуги.
- 4.3.4 Ознакомиться с информацией, размещенной на официальном сайте и в местах общего доступа.
- 4.3.5 Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;
- 4.3.6 В случае нахождения на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Потребителя;
- 4.3.7 Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях;
- 4.4 Заказчик и/или потребитель имеет право:
- 4.4.1 Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

- 4.4.2 Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5 ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

- 5.1 Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.
- 5.2 Началом предоставления медицинской услуги считается день обращения, продолжительность предоставления услуги рассчитывается исходя из объема услуг.
- 5.3 Исполнителем в срок не более 7 рабочих дней, по запросу Заказчика и/или Потребителя предоставляются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях..
- 5.4 Исполнитель обязан до начала предоставления услуги получить информированное добровольное согласие Потребителя. В случае отказа Потребителя предоставить информированное добровольное согласие, Исполнитель вправе приостановить предоставление услуги.

6 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1 В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать: назначения нового срока предоставления услуги; уменьшения стоимости предоставленной услуги; исполнения услуги другим специалистом; расторжения договора и возмещения убытков.
- 6.2 В случае несвоевременной оплаты Заказчиком стоимости предоставленной медицинской услуги, Исполнитель вправе потребовать уплаты неустойки в размере 0,1% за каждый день просрочки от стоимости неоплаченной медицинской услуги.
- 6.3 Во всех иных случаях неисполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

7 СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

- 7.1 Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.
- 7.2 Условия договора могут быть изменены по соглашению Сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.
- 7.3 Договор, может быть, расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8 ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 8.1 Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия в судебном порядке.
- 8.2 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, а в случае если Заказчик не является Потребителем в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9 РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ОБУЗ «Ивановский областной наркологический диспансер» Адрес:153008, г.Иваново, ул.Постышева,54/1 Свидетельство 37 001610624 от 19.03.2013г, выдано ИФНС по г. Иваново. бессрочная лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01139-37/00305920, выданная Департаментом здравоохранения Ивановской области 10.05.2016 года (г. Иваново, Шереметевский проспект, д.1, тел.59-45-22), размещена по адресу: https://narkodisp.ru/documents/ Перечень и стоимость платных медицинских услуг указаны в прейскуранте, размещенном по адресу https://narkodisp.ru/documents/-/categories/ ИНН 3728012670, ОГРН 1023700529632 Банковские реквизиты: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ «ИОНД») л/с 20336Ц19860 Отделение Иванова Банка России/УФК по Ивановской области г. Иваново, ЕКС: 40102810645370000025, Каз. Счет: 03224643240000003300 Официальный сайт: https://narkodisp.ru/ Тел./Факс 8(4932)30-08-39, E-mail: narko@ivreg.ru	Заказчик: ФИО _____ дата рождения. _____ г. паспорт серия _____ № _____ выдан _____ 20__ г. кем выдан _____ Адрес регистрации/проживания: _____ телефон/эл. почта _____ С правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг потребитель и (или) заказчик ознакомлен Информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи представлена
---	--

Должность/ФИО/подпись _____

_____ м.п.

Подпись потребителя и/или заказчика: _____

Приложение №1 к договору

Перечень услуг

Исполнитель	Наименование услуги	Стоимость, руб
ОБУЗ «ИОНД»	Осмотр врачом-психиатром-наркологом, устанавливающим факт употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, по результатам проведения химико-токсикологического исследования (для иностранных граждан или лиц без гражданства, достигших 13 лет)	600
	Химико-токсикологическое исследование (для иностранных граждан или лиц без гражданства, достигших 13 лет)	1200
ОБУЗ «ИОКВД»	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога	510-00
	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	180-00
	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) иммуноферментным методом (ИФА) в крови	250-00
	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови	270-00
	Бактериоскопическое исследование соскоба слизистой оболочки носа (окраска по Циль-Нильсону)	490-00
ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ»	Суммарное определение антител классов М, G (IgM и IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 1/HIV) и антигена р24 в сыворотке или плазме крови человека	480,00
	Осмотр врачом-инфекционистом (в целях установления наличие (отсутствия) болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	850,00

В случае удаления услуги из перечня, необходимо зачеркнуть строку с услугой и рядом проставить ФИО, должность, подпись должностного лица принявшего решение.

С объемом и стоимостью услуг согласен клиент (подпись) _____