

Договор
на оказание платных медицинских услуг

г. Пенза

«_____» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная туберкулезная больница» (ГБУЗ «ПОТБ» (далее - «Исполнитель»), в лице начальника ПЭО Фадеевой О.В., действующей на основании доверенности №6 от 10.01.2022 и лицензии № ЛО-58-01-002428 от 26.08.2020 г. на осуществление медицинской деятельности выданной Министерством здравоохранения Пензенской области, с одной стороны, и

Ф.И.О.

паспорт: серия _____ № _____ выданный (кем, когда выдан) _____

проживающий по адресу: _____

телефон _____ (далее - «Потребитель», действующий (-ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. «Потребитель» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя обязанность оказать платные медицинские услуги (далее по тексту ПМУ) на возмездной основе (нужное подчеркнуть):

- флюорография легких (на малодозной цифровой рентгеновской установке) (в одной проекции);
- флюорография легких (на малодозной цифровой рентгеновской установке) (в двух проекциях);
- рентгенография органов грудной клетки (в одной проекции);
- рентгенография органов грудной клетки (в двух проекциях);
- прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный;
- внутрикожная туберкулиновая проба (проба Манту);
- внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (проба с диаскинтестом);
- компьютерная томография органов грудной полости;
- иммунологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (Mycobacteriumtuberculosis) методом T-SPOT.TB;

1.2. Основанием для оказания платных медицинских услуг (ПМУ) является желание «Потребителя» при отсутствии медицинских противопоказаний.

1.3. Срок оказания ПМУ: в день обращения.

1.4. Максимальная доза облучения при медицинском рентгенологическом исследовании составляет не более 0,4 мЗв.

2.Условия и порядок оказания платных медицинских услуг.

2.1. Платных медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в соответствии с Положением о порядке оказания платных медицинских услуг государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная туберкулезная больница», действующее положение размещено на информационных стендах «Исполнителя» и на сайте www.pnzftiz.ru в разделе «Услуги».

2.2. «Исполнитель» в соответствии с п.1.1. настоящего договора оказывает ПМУ по настоящему договору в помещении «Исполнителя» расположенному по адресу:

440018 г. Пензенская область, г. Пенза, ул. Суворова, д. 225

440052, Пензенская область, г. Пенза, ул. Ново-Тамбовская, стр. 9

2.3. «Исполнитель» осуществляет свою деятельность в соответствии с Лицензией № ЛО-58-01-0022428 от 26.08.2020 г., на осуществление медицинской деятельности выданной Министерством здравоохранения Пензенской области (440008 г. Пенза, ул. Пушкина,163, конт. тел. 63-96-10) по адресу: 440018, Пензенская область, г. Пенза, ул. Суворова, 225 при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются, и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии, лабораторной диагностике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии, клинической лабораторной диагностике, рентгенологии, фтизиатрии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.

440052, Пензенская область, г. Пенза, ул. Ново-Тамбовская, д. 9 при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются, и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания

беременности), клинической лабораторной диагностике, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеаральной имплантации), офтальмологии, рентгенологии, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: фтизиатрии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, диетологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, психиатрии-наркологии, пульмонологии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, торакальной хирургии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии, При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; при проведении медицинских экспертиз по : экспертизе временной нетрудоспособности.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Оплата по договору производится «Потребителем» на условиях 100% предоплаты до получения услуги по ценам согласно прейскуранта цен, действующего на момент оплаты, при этом оплата считается произведенной при поступлении денежных средств в кассу «Исполнителя». Цены на ПМУ не подлежат изменению в течение срока действия настоящего договора. Действующий прейскурант цен на ПМУ размещен на информационных стендах «Исполнителя» и на сайте www.pnzftiz.ru в разделе «Услуги».

3.2. «Потребитель» обязуется оплатить «Исполнителю» сумму в размере (нужное подчеркнуть):

- 155 руб. 00 коп. – флюорография легких (на малодозной цифровой рентгеновской установке) (в одной проекции);
- 205 руб. 00 коп. – флюорография легких (на малодозной цифровой рентгеновской установке) (в двух проекциях);
- 427 руб. 00 коп. - рентгенография органов грудной клетки (в одной проекции);
- 704 руб. 00 коп. - рентгенография органов грудной клетки (в двух проекциях).
- 350 руб. 00 коп. - прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный;
- 200 руб. 00 коп. - внутрикожная туберкулиновая проба (проба Манту);
- 224 руб. 00 коп. - внутрикожная проба с туберкулезным аллергеном (проба с диаскинтестом);
- 1815 руб. 00 коп. –компьютерная томография органов грудной полости;
- 5600 руб. 00 коп. -иммунологическое исследование крови на микобактерии туберкулеза (Mycobacteriumtuberculosis) методом T-SPOT.TB;

4. Права и обязанности Сторон

4.1. «Потребитель», получающий ПМУ, имеет право:

4.1.1. «Потребитель» имеет вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив «Исполнителю» письменный отказ, при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.1.2. Получить от медицинских работников, участвующих в оказании ПМУ, в доступной для «Потребителя» форме полную, достоверную информацию: а) о диагнозе (основном и сопутствующих), методах обследования и лечения, их степени сложности и возможных последствиях, обусловленных основным и сопутствующей патологией; б) о видах медицинских услуг, включенных в оплату; в) о правилах оказания ПМУ (об альтернативных методах обследования и лечения, в т.ч. по гос. гарантиям); г) получить исчерпывающую информацию по прейскурантам услуг, квалификации и сертификации специалистов; д) требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

4.1.3. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность «Исполнителя» и персонала, оказывающего ПМУ документация размещена на информационных стендах «Исполнителя» и на сайте www.pnzftiz.ru в разделе «Услуги».

4.1.4. На возмещение вреда (убытков), причиненного «Потребителю» по вине «Исполнителя», вследствие ненадлежащего оказания ПМУ.

4.1.5. «Потребитель» при обнаружении недостатков оказанной услуги (не соблюдении сроков и т.д.), в соответствии со ст.15,28,29 Закона РФ «О защите прав потребителей», вправе по своему выбору потребовать: назначить новый срок оказания ПМУ; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами; безвозмездного повторного выполнения оказанной услуги другими специалистами; расторгнуть договор и потребовать возмещения понесенных им убытков; возмещения морального ущерба в соответствии с законодательством РФ.

4.2. «Потребитель», получающий ПМУ, обязан:

4.2.1. После подписания настоящего договора оплатить стоимость ПМУ.

4.2.3. Точно выполнять назначения специалиста, оказывающего ПМУ.

4.2.4. Информировать специалиста, оказывающего ПМУ, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур и т.п.

4.2.5. Предъявить «Исполнителю» документ, удостоверяющий личность, и финансовый документ, подтверждающий факт полной оплаты стоимости ПМУ.

4.3. Права и обязанности «Исполнителя»:

4.3.1. «Исполнитель» обеспечивает предоставление «Потребителю» доступной, полной и достоверной информации о видах, объеме, режиме работы, наличии лицензий и сертификатов, сведений о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих ПМУ информация размещена на информационных стендах «Исполнителя» и на сайте www.pnzftiz.ru в разделе «Услуги».

4.3.2. «Исполнитель» обеспечивает соответствие предоставляемых «Потребителю» ПМУ требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

4.3.3. «Исполнитель» обязуется оказывать ПМУ конфиденциально, качественно, своевременно и в объеме, предусмотренном настоящим

договором, предупредить «Потребителя» о последствиях, которые могут возникнуть при оказании ПМУ, а также согласовывать с «Потребителем» назначение дополнительных исследований (ПМУ), потребность в которых возникла в ходе исполнения настоящего договора.

- 4.3.4. «Исполнитель» вправе оказывать ПМУ лишь после того, как «Потребитель» ознакомится с Правилами оказания платных медицинских и текстом настоящего договора, добровольно подпишет договор, а также предъявит документ, удостоверяющий личность.
- 4.3.5. «Исполнитель» обязан оказывать услуги лично, без привлечения третьих лиц.
- 4.3.6. «Исполнитель» имеет право отказаться от выполнения принятых на себя обязательств, в случае невыполнения или ненадлежащего выполнения «Потребителем» принятых на себя обязательств.

5. Ответственность сторон

- 5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего договора стороны решают в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Срок действия Договора

- 6.1. Срок действия договора с _____, по _____ включительно. Если за две недели до истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий договор, то он продолжает свое действие на следующий срок такой же продолжительностью.

7. Изменение условий и расторжение Договора.

- 7.1. Настоящий договор, может быть, изменен или расторгнут сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства сторон скитаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего договора.
- 7.2. «Потребитель» вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. В этом случае потребитель обязан уведомить об этом «Исполнителя» в письменной форме. В течении трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления «Исполнитель» информирует «Потребителя» о расторжении договора по инициативе «Потребителя» и выставляет «Потребителю» счет, в котором указывается стоимость понесенных «Исполнителем» расходов по оказанию «Потребителю» услуг (и), от которых (ой) он отказался. «Потребитель» с момента получения счета обязан в течении десяти рабочих дней его оплатить. Уплаченные «Потребителем» денежные средства, превышающие стоимость понесенных «Исполнителем» расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору, подлежат возврату «Потребителю» в течении десяти рабочих дней с момента получения «Исполнителем» уведомления о расторжении настоящего договора.

8. Антикоррупционная оговорка

- 8.1. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.
- 8.2.Для исполнения договора не допускается осуществлять действия, квалифицируемые как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, злоупотребление должностным положением, а также действия, нарушающие требования законодательства о противодействии коррупции - как в отношениях между Сторонами договора, так и в отношениях с третьими лицами и государственными органами.
- 8.3.В случае возникновения у Стороны договора подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящей оговорки, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону об этом в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела договора. Указанная Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по договору до получения подтверждения от другой Стороны, что нарушение не произошло или не произойдет.
- Подтверждение должно быть направлено в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного уведомления.
- 8.4.Сторонам договора, их аффилированным лицам, работникам или посредникам запрещается совершать иные действия, нарушающие действующее антикоррупционное законодательство РФ.
- 8.5. В случае если нарушение одной из Сторон настоящей оговорки подтвердится, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут настоящий Договор, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

9. Заключительные положения

- 9.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Все изменения и дополнения в настоящий договор вносятся только по взаимному письменному согласию Сторон.
- 9.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.
- 9.3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он (она) был (а) проинформирована о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», размещены на информационных стендах «Исполнителя» и на сайте www.pnzftiz.ru в разделе «Услуги».
- 9.4. Информационные стенды находятся на первом этаже в поликлиниках по адресу: **440018 г. Пензенская область, г. Пенза, ул. Суворова, д. 225 440052, Пензенская область, г. Пенза, ул. Ново-Тамбовская, стр. 9.**

10. Подписи Сторон

«Потребитель»:

(Ф.И.О.)

Текст настоящего договора мною прочитан и мне понятен, с условиями договора согласен. Я подтверждаю, что специалист, оказывающий ПМУ, предоставил мне информацию, предусмотренную пунктом 1.1. настоящего договора, предупредил о возможных последствиях медицинского вмешательства и о возможности лечения заболевания по месту жительства, а также получения бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий. Мне разъяснено, что я имею право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий. Я настаиваю на получении платной медицинской услуги. О стоимости платной медицинской услуги мне сообщено предварительно.

Второй экземпляр настоящего договора мною получен на руки (подпись Потребителя)_____

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная туберкулезная больница»
Юридический адрес: 440052, г. Пенза, ул. Ново-Тамбовская,стр. 9
Адрес для почтовой корреспонденции: 440052, г. Пенза, ул. Ново-Тамбовская,стр. 9 ИНН 5837004708 КПП 583701001 ОГРН1025801437310
Единый казначейский счет 40102810045370000047 Отделение Пенза Банка России// УФК по Пензенской области г. Пенза БИК 015655003 Казначейский счет 03224643560000005500
Министерство финансов Пензенской области (ГБУЗ «ПОТБ» л/сч.855010903) Отрас. код 85504020088900000131, Код субсидии 040288900002, ОКПО 01938412 ОКАТО 56401377000 ОКТМО 56701000001 ОКОГУ 2300229 ОКФС 13 ОКОПФ 75203 Тел.: 8(8412) 48-60-60; E-mail: Ftizrezerv@mail.ru
Представитель по доверенности _____О.В. Фадеева

АКТ
выполненных работ по договору оказания
платных медицинских услуг

г. Пенза

«__»_____20__г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная туберкулезная больница» (ГБУЗ «ПОТБ» (далее - «Исполнитель»), в лице начальника ПЭО Фадеевой О.В., действующей на основании доверенности №6 от 10.01.2022 и лицензии № ЛО-58-01-002428 от 26.08.2020 г. на осуществление медицинской деятельности, с одной стороны, и _____, (далее - «Потребитель»), с другой стороны, совместно именуемые Стороны составили и подписали настоящий Акт о том, что «Исполнитель» оказал услуги в соответствии с условиями договора оказания платных медицинских услуг б/н от _____. (далее «Договор»). Услуги выполнены в установленные сроки, в полном объеме, надлежащего качества, «Потребитель» претензий по исполнению договора не имеет. Настоящий акт выполнения работ составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

Подписи Сторон.

«Исполнитель»: ГБУЗ «ПОТБ» Врач (исполнитель) _____/_____/_____	«Потребитель»: _____ _____ _____
	Ф.И.О. _____ _____ _____
Представитель по доверенности _____О.В. Фадеева	Потребитель _____ _____ _____

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт: серия _____ № _____ выданный _____ (кем, _____ когда
выдан) _____,

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Подпись субъекта персональных данных _____

Я, нижеподписавшийся (ая) _____,
(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

« ____ » _____ г.
(дата оформления)