

## Договор

### о предоставлении медико-социальных услуг, оказываемых за счёт личных средств граждан

г.Ижевск

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики "Республиканский врачебно-физкультурный диспансер Министерства здравоохранения Удмуртской Республики", имеющее лицензию Управления по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики № ЛО-18-01-001648 от 20.03.2015, срок действия бессрочно, именуемое в дальнейшем БУЗ УР "РВФД МЗ УР", в лице медицинского регистратора \_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности №3 от 01.02.14 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор (далее "Договор") о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора

1.1. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение своевременной квалифицированной медицинской помощи сверх территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с установленными профессиональными (медико-экономическими) стандартами

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Цена за ед., руб.	Сумма, руб.
<b>Итого:</b>				

#### 2. Стоимость работ (услуг) и порядок расчетов

2.1. Стоимость услуг устанавливается согласно утвержденному БУЗ УР "РВФД МЗ УР" прейскуранту цен на платные медицинские услуги и составляет \_\_\_\_\_  
2.2. Оплата медицинских услуг, указанных в п. 1.1. Договора, производится путём внесения Пациентом наличных денежных средств в кассу БУЗ УР "РВФД МЗ УР".

#### 3. Обязанности сторон

3.1. БУЗ УР "РВФД МЗ УР" принимает на себя обязательства:  
3.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых Пациенту платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ;  
3.1.2. Вести учёт медицинских услуг, оказанных Пациенту;  
3.1.3. Не допускать неоправданных расходов на лечение Пациента, увеличения сроков лечения и обслуживания сверх рационально необходимых.  
3.2. Пациент принимает на себя обязательства:  
3.2.1. Оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг.  
3.2.2. В случае проведения диагностических исследований и получения результатов, не отвечающих выдвигаемым медицинским требованиям, по причине технического брака, поломки медицинского оборудования БУЗ УР "РВФД МЗ УР" гарантирует проведение повторной диагностики в течение 30 календарных дней.

#### 4. Ответственность сторон

4.1. Пациент имеет право предъявлять требования о возмещении убытков в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинских услуг БУЗ УР "РВФД МЗ УР".  
4.2. В случае ненадлежащего исполнения условий договора Пациент имеет право требовать повторного оказания медицинских услуг за счёт БУЗ УР "РВФД МЗ УР".  
4.3. БУЗ УР "РВФД МЗ УР" освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие неосторожности, непреодолимой силы или умышленных действий Пациента.

#### 5. Срок действия договора

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до надлежащего исполнения сторонами своих обязательств.  
5.2. Пациент в любой момент вправе расторгнуть настоящий договор, предварительно оплатив стоимость фактически оказанных Пациенту платных услуг по Договору.

#### 6. Дополнительные условия

6.1. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, сотрудниками БУЗ УР "РВФД МЗ УР", которым они стали известны при исполнении своих обязанностей.  
6.2. Пациент предупрежден об условиях проведения медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1. Договора, и возможности возникновения осложнений в результате её проведения.  
6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.  
6.4. Все споры между БУЗ УР "РВФД МЗ УР" и Пациентом разрешаются по соглашению сторон.

#### 7. Юридические адреса, реквизиты сторон

**БУЗ УР "РВФД МЗ УР":**  
426063, г. Ижевск, ул. Воровского, 162  
ОГРН 1021801146960  
Тел.: (3412) 78-08-40, 63-55-50

**Пациент:**  
Фамилия  
Имя  
Отчество  
Паспорт:  
Выдан

устинов. ровд

/

/