ДОГОВОР № ____

об оказании медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту

ГБУ «Республиканский клинический центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД» (ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД»), расположенное по адресу: г. Грозный, ул. Сайханова, 139 (действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО42-01190-20/001168216, выданной отделом лицензирования Министерства Здравоохранения Чеченской Республики от 19 марта 2019 г., расположенной по адресу: г. Грозный, ул. Чехова, тел: 22-22-51), сведения о которой внесены в Единый реестр лицензий ЕГИСЗ, в лице главного врача Муртазалиева Хамзата Хусейновича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента_____, далее именуемый (-ая) «Представитель», с другой стороны, заключили настоящий договор на основании Постановления Правительства РФ от 30.05.2026 № 659 о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется провести качественное амбулаторное обследование и лечение несовершеннолетнего пациента в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг Минздрава РФ, с представления письменного согласия его законных Представителей - родителей (Приложение №2), а законные Представители обязуются оплатить Исполнителю стоимость оказанных услуг.

1.2. Данные о несовершеннолетнем пациенте:

Документ, удостоверяющий личность ребенка (Свидетельство о рождении или паспорт при достижении 14 лет):

серия_____№_____, выдан_____ « ____» _____ г.

1.3. Представитель до заключения договора уведомлен в доступной форме о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно в рамках программы ОМС. Подписывая договор, Представитель подтверждает, что добровольно выбрал платную основу.

2. ЦЕНА ДОГОВОРА

2.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с Приложениями №1 и №2 к настоящему договору, являющимися его неотъемлемой частью, и рассчитывается по действующему прейскуранту Исполнителя.

3. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ

3.1. По желанию Представителя несовершеннолетнего пациента, действующего в интересах пациента, стоимость оказанных Исполнителем услуг может оплатить либо сам Представитель, либо страховая компания пациента, либо третье заинтересованное физическое или юридическое лицо.

3.2. По желанию Представителя несовершеннолетнего пациента возможна оплата каждой медицинской услуги отдельно непосредственно перед ее оказанием.

3.3. Оказание медицинских услуг осуществляется только после поступления денег в кассу или на расчетный счет Исполнителя. Оплата производится с применением контрольно-кассовой техники и выдачей Представителю кассового чека.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

• Выдать заключение (выписку, результаты анализов) с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий; при необходимости выдать заключение ведущего специалиста.

• Оказывать медицинские услуги на основе Клинических рекомендаций и с учетом Стандартов медицинской помощи РФ.

4.2. Представитель пациента обязуется:

• Ознакомиться и подписать все необходимые документы о добровольном информированном согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий у несовершеннолетнего пациента (Приложение №2).

• Выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача.

4.3. Представитель пациента вправе:

• Выбрать лечащего врача из штата Исполнителя или поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий.

• Получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае невыполнения представителем рекомендаций и требований лечащего врача Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.

5.2. В случае ненадлежащего исполнения договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письменную претензию. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 календарных дней с момента получения (в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей»). В случае неполучения ответа сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд или контролирующие органы (Росздравнадзор, Роспотребнадзор).

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД»
Юридический адрес: 364042, г. Грозный, ул. Сайханова, 139
ИНН 2015001360 / КПП 201501001 / ОГРН 1022002543200
л/с: 802У4823000
Р/сч: 03224643960000003200
ОКЦ № 1 ВВГУ Банка России//УФК по Нижегородской области, г. Нижний Новгород
БИК 019690001 / ОГРН 1022002543200
Главный врач ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД» Х.Х. Муртазалиев
От имени Исполнителя по доверенности № ___ от_____г.
Подпись кассира: _____ /
_____ /

М.П.
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:
Ф.И.О.
_____
_____ Паспорт: серия
_____ № _____, выдан _____
_____ «___» _____ г.
Адрес места жительства:
_____
_____
Телефон: _____
Подпись Представителя: _____ /

Приложение №1
к Договору об оказании медицинских услуг несовершеннолетнему №_____ от «____» _____ 20 г.

УТВЕРЖДЕНО
Приказом ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД» от 01.09.2026 г. № 133/3-П

СМЕТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
СПЕЦИФИКАЦИЯ УСЛУГ
(составлена строго по Номенклатуре медицинских услуг Минздрава РФ)

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена	Время выполнения анализа
2				
3				
4				

ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ УСЛУГ: _____ рублей.
Кассовый чек № _____ от «____» _____ 20 г. (заполняется кассиром).
Смету составил: Должность: Кассир_____ Подпись: _____
С кодами услуг, ценами и сроком оказания согласен: Обязуюсь оплатить:
Подпись Представителя: _____ / _____ /

Приложение №2
к Договору об оказании медицинских услуг несовершеннолетнему №_____ от «____» _____ 20 г.

СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие законного представителя)

Я, законный представитель несовершеннолетнего пациента _____,
_____ в рамках договора желаю получить платные услуги для несовершеннолетнего _____, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Получив полную информацию о возможности бесплатных услуг по ОМС, я добровольно даю согласие на платные услуги.
2. Проводимая диагностика/консультация не гарантирует 100% биологический результат, возможны осложнения, обусловленные индивидуальными особенностями организма ребенка.
3. Выбранные мною медицинские услуги указаны в Приложении №1, и я согласен оплатить их в кассу Исполнителя в сумме _____ руб.

Подпись Представителя: _____ / _____ /

Ответственное лицо Исполнителя: Должность: Кассир Ф.И.О. _____ Подпись: _____