ДОГОВОР №_____

Предоставления платных медицинских услуг (амбулаторный прием и диагностика)

г. Грозный

«___»_____20___г.

Государственное бюджетное учреждение «Республиканский клинический центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИД» (ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД»), расположенное по адресу: 364021, Чеченская Республика, 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

Ф.И.О_____ _____дата рождения, удостоверение личности (паспорт)_____, код подразделения _____, ИНН (при наличии) _____, проживающий (-ая) по адресу _____ тел: _____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на основании Постановления Правительства РФ от 30.05.2026 № 659 о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Заказчику на возмездной основе амбулаторно-поликлинические медицинские услуги по (нужное подчеркнуть):

- медицинскому осмотру врачом инфекционистом,
- проведение лабораторных анализов, соответствующие Номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Минздравом РФ, и отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Заказчик обязуется своевременно оплачивать предоставляемую медицинскую услугу, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Заказчик до заключения настоящего Договора уведомлен Исполнителем в доступной форме о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий (ОМС) в ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД» при наличии медицинских показаний и направления. Подписывая Договор, Заказчик подтверждает, что ознакомлен с условиями бесплатного оказания помощи, но добровольно изъявил желание получить услуги на платной основе.

1.3. Перечень, сроки и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, определяются в Смете (Приложение №1) и Соглашении (Приложение №2), являющихся неотъемлемой частью договора. По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Заказчиком или его представителем дополнительно.

1.4. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, Порядками оказания медицинской помощи, на основе Клинических рекомендаций и с учетом Стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом РФ.

2.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2.1.3. По требованию Заказчика предоставить информацию об Исполнителе, режиме работы, стоимости услуг, а также информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

2.1.4. Оказывать дополнительные услуги без взимания платы, в случае возникновения необходимости в предоставлении дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных критических ситуациях во время амбулаторного приема).

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики, деонтологии и врачебной тайны.

2.1.6. Вести медицинскую документацию в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в том числе обеспечивать передачу необходимых сведений в ЕГИСЗ. После исполнения договора выдать Пациенту медицинские документы (результаты анализов, заключения, выписки), а также документы установленного образца для получения социального налогового вычета (по желанию Заказчика).

2.2. Права и обязанности Заказчика:

2.2.1. Заказчик имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Заказчика, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Заказчика только по основаниям, если он не способен из-за своего состояния выразить собственную волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.2.3. Заказчик имеет право в любой момент в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3. Порядок расчетов. Стоимость услуги. Сроки

3.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Заказчиком в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением Сторон. Оплата услуг Исполнителю производится Заказчиком всеми способами, не запрещенными законодательством Российской Федерации, с обязательным применением контрольно-кассовой техники и выдачей Заказчику кассового чека (или бланка строгой отчетности). Стоимость услуг указывается в спецификации (Смете) (Приложение №1), в Соглашении (Приложение №2).

3.2. Планируемый срок оказания медицинских услуг с «_____» _____ 20 ____г. по «_____» _____ 20____г.

3.3. Если в процессе амбулаторного приема или обследования возникает необходимость оказания дополнительных платных услуг (например, расширение перечня анализов), Исполнитель обязан заблаговременно предупредить об этом Заказчика и получить его письменное согласие (путем подписания Дополнительного соглашения или новой Сметы). Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе оказывать дополнительные платные услуги на возмездной основе.

4. Условия и порядок оказания услуг

4.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Заказчика.

4.2. В случае несогласия с результатами оказанных услуг, Заказчик по своей инициативе может потребовать проведения повторного оказания услуг по оспариваемым показателям, оформив письменное Обращение (жалобу). Решение о необходимости проведения повторного оказания услуг принимает Исполнитель. Обращения (жалобы) по результатам, качеству услуг принимаются в приемной Исполнителя, по почте, телефонному номеру 8 (8712) 22-29-74, посредством интернет-сайта, по адресу электронной почты: rkcib@bk.ru в течение гарантийного срока или срока давности, установленного законодательством РФ.

4.3. Срок рассмотрения Обращения (жалобы) составляет 10 (десять) календарных дней с момента ее регистрации. В случае необходимости повторного исследования срок ответа на Обращение (жалобу) увеличивается на количество дней исследования, указанного в прейскуранте.

4.4. Если в результате повторного исследования расхождения не превышают допустимый коэффициент вариации, результаты обоих исследований признаются корректными, возврат денежных средств Заказчику не производится.

4.5. В случае бездействия на Обращение (жалобу) Заказчика, Заказчик вправе обратиться на горячую линию контролирующих органов Территориального органа Росздравнадзора по Чеченской Республике по телефонному номеру 8(938) 997-46-22, Управление Роспотребнадзора по Чеченской Республике по номеру телефона: 8 (8712) 29-41-87, или Министерство здравоохранения Чеченской Республики.

5. Ответственность сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством РФ [1] (включая Закон РФ «О защите прав потребителей» и Постановление Правительства РФ № 659).

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, медицинских предписаний врача, сокрытия информации о здоровье или по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6.2. Любые изменения и дополнения по настоящему Договору осуществляются дополнительным соглашением.

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД»
Юридический адрес: 364042, г. Грозный, ул. Сайханова, 139
ИНН: 2015001360 КПП: 201501001
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.

Заказчик (Пациент):
Ф.И.О. _____
Паспорт: Сер._____№_____ , выданный_____
_____Код подразделения: _____
Адрес места жительства_____
_____Телефон: _____

Подпись:
_____ / _____ /

Приложение №1
к Договору об оказании платных медицинских услуг
УТВЕРЖДЕНО
Приказом ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД»
от 01.09.2026 г. № 133/2-П

СМЕТА / СПЕЦИФИКАЦИЯ УСЛУГ
Согласно номерам прейскуранта цен:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги (строго по Номенклатуре Минздрава РФ)	Цена	Время выполнения анализа

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

Приложение №2
к Договору об оказании платных медицинских услуг
СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие)

г. Грозный **«___»_____ 20___ г.**

Я, пациент _____, карта пациента N ___, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи (ОМС), даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимая диагностика/консультация не гарантирует 100% биологический результат, и что при проведении манипуляций возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными особенностями организма.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана качественным образом с соблюдением стандартов и клинических рекомендаций, не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды медицинских услуг, указанные в Приложении №1, которые я хочу получить в ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД» и согласен(на) оплатить лечение.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен выплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним в кассу Исполнителя в сумме _____ руб.
8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУ «РКЦИБ ПБ СПИД».
9. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____, паспорт: серия:_____№ _____ выдан _____ «___» _____ г.
Подпись пациента: _____ / _____ /
Настоящее соглашение подписано пациентом и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. (фамилия, имя, отчество ответственного лица)
Ответственное лицо Исполнителя: Должность: Кассир Ф.И.О. _____ Подпись: _____