

ДОГОВОР № ____
на оказание платных медицинских услуг
(для потребителя и заказчика (физическое лицо))

г. Барнаул

«__» _____ 202__ г.

федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул) (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серия 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Рощипкина Николая Николаевича, действующего на основании доверенности № 3 от 12.01.2026, с одной стороны, и

(Ф.И.О. Потребителя)

именуемый(ая) в именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», со второй стороны, и

(Ф.И.О. Заказчика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с третьей Стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.3 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.3. Срок предоставления, наименование и объем медицинских услуг, приблизительная смета:

№	Наименование предоставляемой платной медицинской услуги	Код номенклатуры медицинских услуг	Сроки предоставления платных медицинских услуг	Количество услуг	Стоимость
Итого:					:

1.4. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Исполнителя <https://www.orthobamaul.ru/> и на информационных стендах.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Потребитель информирован о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель подтверждает свое осознанное согласие на получение платных медицинских услуг в учреждении Исполнителя:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьями 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Предварительная запись Потребителя на прием осуществляется через колл-центр Исполнителя. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет: _____ (_____) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Исполнителя, с которым Потребитель/Заказчик ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Исполнителя (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Исполнителя наличных денежных средств, по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Заказчику выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств осуществляется тем же способом, которым была произведена оплата. В случае оплаты по безналичному расчету, возврат осуществляется по заявлению Заказчика на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Заказчик произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Потребителя информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном действующим на момент обращения приказом Минздрава России.

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязано предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Потребитель обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии у него заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.3. В соответствии с ч.3 ст.27 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соблюдать режим лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правила поведения при нахождении в учреждении Исполнителя.

4.3.4. Обеспечивает явку в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Потребитель обязан заблаговременно предупредить сотрудников Исполнителя через колл-центр Исполнителя тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Потребителя, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Потребителю в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора

4.3.5. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного Потребителю времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.3. Договора.

4.3.6. Точно выполнять требования сотрудников Исполнителя (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.3.7. Соблюдать указания (рекомендации) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения. Несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.5. Заказчик обязуется:

4.5.1. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания медицинских услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;
- потребовать возврата стоимости не оказанной медицинской услуги;
- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;
- расторгнуть Договор в установленном законом порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью потребителя в результате предоставления платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Потребитель вправе требовать возврат денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Количество экземпляров настоящего Договора соответствует числу Сторон. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Потребитель подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Исполнителя: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, либо в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», обеспечивающих идентификацию и (или) аутентификацию граждан.

7.9. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителей Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)
УФК по Новосибирской области (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)
656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3
297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510
Сайт: <https://www.orthobarnaul.ru>
ИНН: 2225130700, КПП: 222501001
ОКТМО: 01701000
р/с 032146430000000015104
к/с 40102810445370000043
БИК: 015004950
Банк получателя: ОКЦ № 1 СибГУ Банка России/УФК по Новосибирской области г. Новосибирск
КБК: 00000000000000000130
ОГРН: 1122225006903, ОКПО: 38755480, ОКВЭД: 86.10

Заместитель главного врача по экономическим вопросам

Н.Н. Рошпкин

(подпись)

М.П.

Заказчик

(Ф.И.О.)
Паспорт: _____
(серия, номер)
Выдан: _____
«__» _____ г.
Адрес проживания: _____

Телефон: _____

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Потребитель

(Ф.И.О.)
Паспортные данные: _____
(серия, номер)
Выдан: _____
«__» _____ г.
Адрес проживания: _____

Телефон: _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Банковские реквизиты:

(заполняется в случае безналичного расчета)