

## Договор на оказание платных медицинских услуг

г.Кызыл

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ГБУЗ РТ «Инфекционная больница» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», ИНН 1701041007, КПП 170101001, ОГРН 1071701000128, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 17 №000560015 от 22 декабря 2011г., выданное МРИ ФНС №1 по Республике Тыва, выписка из реестра лицензий на 05.09.2022 г. на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выданная Службой по лицензированию и надзору отдельных видов деятельности Республики Тыва, находящееся по адресу: Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Калинина 1б, именуемое в дальнейшем Медицинская организация, "Исполнитель", в лице главного врача Сарыглар Анны Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) РФ:

---

(ФИО гражданина или законного представителя, действующего в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного)

---

(ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

На условиях настоящего договора Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги по проведению лабораторных исследований образцов биологических материалов (далее услуги) в соответствии с лицензией, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Качество оказываемой услуги должно соответствовать установленными стандартами оказания медицинских услуг.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора. Прейскуранте на платные медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденном в установленном порядке и размещенном на сайте Медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации.

## 2. Права и обязанности сторон

**2.1.Заказчик вправе:** Получать от Исполнителя устные и письменные объяснения, связанные с оказанием Услуг, не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты предъявления соответствующего требования. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну. Отказаться от Исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически осуществленных последним расходов на оказание Услуг.

**2.2.Заказчик обязан:** Оплачивать Услуги в размерах и сроки, предусмотренные Договором. Своевременно передавать Исполнителю всю необходимую для оказания Услуг информацию и документацию. Выполнять Правила, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия оказания качественной медицинской услуги.

**2.3.Исполнитель вправе:** Требовать оплаты за оказанные Услуги. При невозможности выполнения своих обязательств, в том числе по срокам выполнения исследований вследствие независящих от Исполнителя причин (несвоевременная поставка реагентов, неисправность оборудования, болезни сотрудника и т.д.) по выбору Заказчика перенести оказание услуг на более поздний срок или вернуть Заказчику сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок невозможно. Требовать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного представления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

**2.4.Исполнитель обязан:** Оказать Услуги качественно и в срок в соответствии с Договором. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством РФ. Своевременное и качественно оказывать Заказчику медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Заказчику (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи.

## 3. Виды, сроки и стоимость услуг

В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику следующие Услуги:

---

Стоимость Услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения Договора и составляет: \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек.

Оплата Услуг по Договору осуществляется Заказчиком путем 100% оплаты стоимости медицинских услуг, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. При оплате Заказчиком Услуг Исполнитель выдает контрольно-кассовый чек, а также один экземпляр настоящего Договора. Сроки проведения лабораторных исследований определяются в соответствии с видами проводимых исследований.

## 4. Условия исполнения обязательств

**4.1** Заказчик понимает, что Исполнитель не несет ответственности за целесообразность проведения исследований, независимо от того, проводятся ли

исследования по назначению сторонних врачей, не являющихся работниками Исполнителя или по личной инициативе Заказчика

**4.2.** Подписав настоящий договор Заказчик подтверждает, что:

При заключении договора в доступной форме уведомлен о том, что данные медицинские услуги могут оказаны на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Республике Тыва, в соответствии с правилами их предоставления, и отказаться от получения на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе.

Ознакомлен с перечнем услуг в Прейскуранте и понимает содержащуюся в нем информацию.

Дает согласие на обработку персональных данных, которые могут обрабатываться Исполнителем с заявленной целью.

Дает добровольное согласие на медицинское вмешательство мне, гражданину \_\_\_\_\_, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Осознает, что в силу особенностей организма конкретного человека выполнение любой медицинской манипуляции, в том числе забора крови или другого биологического материала, может оказаться невозможным изначально или после нескольких неудачных попыток. Решение о невозможности забора принимает Исполнитель. В случае невозможности забора материала Исполнитель возвращает Заказчику деньги, уплаченные за неудавшийся забор и за исследования, которые в результате этого стали невозможными.

Осведомлен, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказанных исследований может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) забора крови или другого биологического материала. Решение о необходимости повторного забора принимает Исполнитель. Повторный забор проводится бесплатно. Заказчик может отказаться от повторного забора, в этом случае Исполнитель возвращает Заказчику деньги, уплаченные за исследование, проведение которых оказалось невозможным.

**4.3.** Услуги по настоящему договору считаются оказанными Заказчику при выдаче результатов лабораторных исследований. В случае утери кассового чека результаты лабораторных исследований выдаются Заказчику при предъявлении паспорта.

## **5. Ответственность сторон**

Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством

РФ.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий договора.

#### **6.Срок действия договора, основания и порядок расторжения договора**

Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения принятых Сторонами обязательств.

Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке по письменному требованию одной из сторон по основаниям предусмотренным договором и законодательством.

В случае полного отказа от получения услуг после заключения договора по инициативе Заказчика денежные средства возвращаются в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Заказчику подлежат возврату денежные средства с возмещением понесенных Исполнителем расходов.

#### **7.Прочие условия**

Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. Все споры по настоящему Договору подлежат разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора по настоящему Договору подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим Законодательством РФ.

#### **8.Адреса и реквизиты сторон**

##### **Исполнитель:**

ГБУЗ РТ «Инфекционная больница»  
667003, г.Кызыл, ул.Бай-Хаакская зд 14  
«а»  
р/с 03224643930000001200  
ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА ТЫВА  
БАНКА  
РОССИИ//УФК по РЕСПУБЛИКЕ  
ТЫВА г Кызыл  
л/с 20126Ц37150  
БИК 019304100  
Тел.:8(39422)63847

Главный врач

\_\_\_\_\_/Сарыглар А.А./  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

##### **Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_  
Паспортные данные  
Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Тел.: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

## Договор на оказание платных медицинских услуг

г.Кызыл

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ГБУЗ РТ «Инфекционная больница» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», ИНН 1701041007, КПП 170101001, ОГРН 1071701000128, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 17 №000560015 от 22 декабря 2011г., выданное МРИ ФНС №1 по Республике Тыва, выписка из реестра лицензий на 05.09.2022 г. на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выданная Службой по лицензированию и надзору отдельных видов деятельности Республики Тыва, находящееся по адресу: Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Калинина 1б, именуемое в дальнейшем Медицинская организация, "Исполнитель", в лице главного врача Сарыглар Анны Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) РФ:

---

(ФИО гражданина или законного представителя, действующего в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного)

---

(ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

На условиях настоящего договора Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги по проведению лабораторных исследований образцов биологических материалов (далее услуги) в соответствии с лицензией, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно--телекоммуникационной сети «Интернет».

Качество оказываемой услуги должно соответствовать установленными стандартами оказания медицинских услуг.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора. Прейскуранте на платные медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденном в установленном порядке и размещенном на сайте Медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации.

### 2. Права и обязанности сторон

**2.1.Заказчик вправе:** Получать от Исполнителя устные и письменные объяснения, связанные с оказанием Услуг, не позднее 10 (десяти) рабочих дней с

даты предъявления соответствующего требования. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну. Отказаться от Исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически осуществленных последним расходов на оказание Услуг.

**2.2.Заказчик обязан:** Оплачивать Услуги в размерах и сроки, предусмотренные Договором. Своевременно передавать Исполнителю всю необходимую для оказания Услуг информацию и документацию. Выполнять Правила, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия оказания качественной медицинской услуги.

**2.3.Исполнитель вправе:** Требовать оплаты за оказанные Услуги. При невозможности выполнения своих обязательств, в том числе по срокам выполнения исследований вследствие независящих от Исполнителя причин (несвоевременная поставка реагентов, неисправность оборудования, болезни сотрудника и т.д.) по выбору Заказчика перенести оказание услуг на более поздний срок или вернуть Заказчику сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок невозможно. Требовать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного представления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.

**2.4.Исполнитель обязан:** Оказать Услуги качественно и в срок в соответствии с Договором. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством РФ. Своевременное и качественно оказывать Заказчику медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Заказчику (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи.

### **3. Виды, сроки и стоимость услуг**

В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику следующие Услуги:

---

Стоимость Услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения Договора и составляет: \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек.

Оплата Услуг по Договору осуществляется Заказчиком путем 100% оплаты стоимости медицинских услуг, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. При оплате Заказчиком Услуг Исполнитель выдает контрольно-кассовый чек, а также один экземпляр настоящего Договора. Сроки проведения лабораторных исследований определяются в соответствии с видами проводимых исследований.

### **4. Условия исполнения обязательств**

**4.1** Заказчик понимает, что Исполнитель не несет ответственности за целесообразность проведения исследований, независимо от того, проводятся ли исследования по назначению сторонних врачей, не являющихся работниками Исполнителя или по личной инициативе Заказчика

**4.2.** Подписав настоящий договор Заказчик подтверждает, что:

При заключении договора в доступной форме уведомлен о том, что данные медицинские услуги могут оказаны на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Республике Тыва, в соответствии с правилами их предоставления, и отказаться от получения на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе.

Ознакомлен с перечнем услуг в Прейскуранте и понимает содержащуюся в нем информацию.

Дает согласие на обработку персональных данных, которые могут обрабатываться Исполнителем с заявленной целью.

Дает добровольное согласие на медицинское вмешательство мне, гражданину \_\_\_\_\_, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть). В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Осознает, что в силу особенностей организма конкретного человека выполнение любой медицинской манипуляции, в том числе забора крови или другого биологического материала, может оказаться невозможным изначально или после нескольких неудачных попыток. Решение о невозможности забора принимает Исполнитель. В случае невозможности забора материала Исполнитель возвращает Заказчику деньги, уплаченные за неудавшийся забор и за исследования, которые в результате этого стали невозможными.

Осведомлен, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказанных исследований может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) забора крови или другого биологического материала. Решение о необходимости повторного забора принимает Исполнитель. Повторный забор проводится бесплатно. Заказчик может отказаться от повторного забора, в этом случае Исполнитель возвращает Заказчику деньги, уплаченные за исследование, проведение которых оказалось невозможным.

**4.3.** Услуги по настоящему договору считаются оказанными Заказчику при выдаче результатов лабораторных исследований. В случае утери кассового чека результаты лабораторных исследований выдаются Заказчику при предъявлении паспорта.

## **5. Ответственность сторон**

Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало

нарушение Заказчиком условий договора.

#### **6.Срок действия договора, основания и порядок расторжения договора**

Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения принятых Сторонами обязательств.

Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке по письменному требованию одной из сторон по основаниям предусмотренным договором и законодательством.

В случае полного отказа от получения услуг после заключения договора по инициативе Заказчика денежные средства возвращаются в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Заказчику подлежат возврату денежные средства с возмещением понесенных Исполнителем расходов.

#### **7.Прочие условия**

Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. Все споры по настоящему Договору подлежат разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора по настоящему Договору подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим Законодательством РФ.

Договор с Исполнителем может быть заключен посредством использования сети "Интернет" на основании ознакомления Потребителя и (или) Заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

#### **8.Адреса и реквизиты сторон**

##### **Исполнитель:**

ГБУЗ РТ «Инфекционная больница»  
667003, г.Кызыл, ул.Бай-Хаакская зд 14  
«а»  
р/с 03224643930000001200  
ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА ТЫВА  
БАНКА  
РОССИИ//УФК по РЕСПУБЛИКЕ  
ТЫВА г Кызыл  
л/с 20126Ц37150  
БИК 019304100  
Тел.:8(39422)63847

Главный врач

\_\_\_\_\_/Сарыглар А.А./  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

##### **Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_  
Паспортные данные  
Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
Тел.: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г