ДОГОВОР

г. Ардон « » 2020 г.

ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» лице главного врача Купеев.О.Дз действующий на основании Устава, именуемый в дальнейшем

больница, и гр.

проживающий по адресу:

именуемый в дальнейшем пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет

J. 1. В соответствии с настоящим договором больница обязуется предоставить своевременно и надлежащего качества, а пациент оплатить следующую платную медицинскую услугу

* 1. Услуги оказываются в соответствии с утвержденным Положением о порядке предоставления платных услуг.
1. Цена и порядок оплаты услуг
	1. Стоимость услуги устанавливается действующим

прейскурантом и составляет руб.

1. Оплата услуг осуществляется пациентом в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу больницы.
2. Срок действия договора

3.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до получения пациентом услуги.

1. Ответственность сторон
2. В случае неоплаты пациентом стоимости услуги, больница имеет право отказать пациенту в оказании услуги до оплаты последним ее стоимости.
3. Больница не несет ответственности за результаты оказания Услуги в случаях несоблюдения пациентом рекомендаций по обследованию или лечению.

Подписи сторон:

Гл. врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пациент:

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

об условиях оказываемых платных медицинских

услуг

Я, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках

договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «Ардонская ЦРБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от работников ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» в рамках государственных гарантий, 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 проводимое лечение или обследование мне не гарантирует 100% результат.
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 с соблюдением всех необходимых требований ГБУЗ «Ардонская ЦРБ» не несет ответственности за их возникновение.

1. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ «Ардонская ЦРБ»
2. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии е ним.
3. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Гл. врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_