

указ

Договор № 10042-12
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

29.08.2014 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница № 71 Департамента здравоохранения г. Москвы», зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 21 октября 2011г. за основным государственным регистрационным номером 1027700525907, Свидетельство серия 77 №015501174 от 21 октября 2011 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Мясникова Александра Леонидовича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-77 01-006358 от 26 июля 2013г.

ТРОФИМОВА Нина Николаевна
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Потребителю доврачебную, амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь и прочие работы и услуги (нужное подчеркнуть) (далее по тексту – медицинские услуги) по своему профилю деятельности согласно п. 2.1.1. договора в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что:

- медицинские услуги, указанные в п.2.1.1, входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Потребитель вправе получить ее бесплатно в установленном действующим законодательством порядке;

- медицинские услуги, указанные в п.2.1.1, не входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи
(соответствующее отметить V).

Подписав настоящий договор, Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.3 Срок оказания медицинских услуг с 29.08.2014 г. по 27.09.2014 г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг (Приложение №1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, предоставляются на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или на основании отдельно заключаемого договора.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Оплачивать стоимость медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1, до начала ее оказания согласно утвержденному Исполнителем Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.

2.2.2. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Больницы (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, вене

рических заболеваниях), о переливаниях крови, перенесенных оперативных вмешательствах, инъекциях за последние два года, о контакте с инфекционными больными, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка Больницы, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Больницей, и составляет 13 500,00 (руб.)

Тринадцать тысяч пятьсот рублей 00 копеек

(прописью)

НДС не облагается.

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего договора, и остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.6 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя и отделения банков, принимающих и перечисляющих платежи на расчетный счет Исполнителя.

Стоимость услуг банка при переводе средств за платные медицинские услуги на счет Исполнителя через отделения банков оплачивается Потребителем самостоятельно.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем лично (либо иным лицом – супругом(ой), отцом, матерью, сыном, дочерью, усыновителем, попечителем, опекуном; лицом, действующим по доверенности) в полном объеме в течение двух дней с момента подписания настоящего договора.

3.4. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1.1. настоящего договора, возвращается Потребителю (либо иному лицу, указанному в п. 3.3 договора) на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

3.5. В случае отказа Потребителя от продолжения обследования или лечения в порядке п.6.2.2. договора путем подачи письменного заявления на имя главного врача Исполнителя, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские услуги, возвращается Потребителю (либо иному лицу, указанному в п. 3.3 договора) на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.2.2, либо в случаях, вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.2.4 и 3.6 настоящего договора.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.4. настоящего договора;

6.2.2. в одностороннем порядке Пациентом путем подачи письменного заявления на имя главного врача в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п.3.5. настоящего договора.

6.2.3. в одностороннем порядке Больницей в случае нарушения Пациентом принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения Больницей обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, при этом возврат средств, внесенных Пациентом, производится в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.6.

7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры путем переговоров представителей сторон. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

« Больница»:

Городская Клиническая Больница № 71

Юридический адрес:

121374, Москва, Можайское шоссе, д.14.

ИНН 7731038690

КПП 773101001

БИК 044583001

л/с 2605441000450488

р/с 40601810000003000002

Отделение 1 Московского ГТУ Банка России

г. Москва 705

тел. (495) 440-20-93

440-20-93

«Больница»
Главный врач ГКБ №71

(А.Л. Мясников)

М.П.



"Потребитель":

ФИО ТРОФИМОВА Нина Николаевна

Проживающий по адресу: г. Москва,
ул. Новорублевская д. 13 кв. 43

Паспортные данные:

серия 4503, номер 229590,

выданный ОВД "Чертаново-Центральное"
г. Москвы 24.06.2002.

9. Подписи сторон

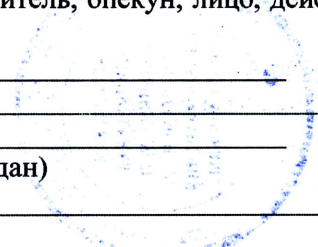
«Пациент»

Для пациентов, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица

С условиями договора ознакомлен (-на). Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данному договору – супруг(-а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель, опекун; лицо, действующее по доверенности (нужное подчеркнуть).

(Ф.И.О., паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)

(адрес регистрации, телефон)

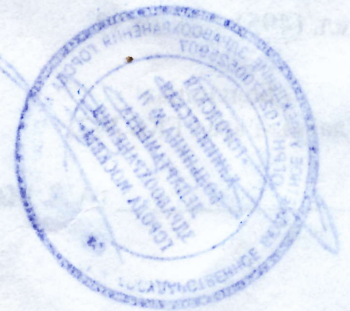


ПЕРЕЧЕНЬ
оказываемых Пациенту платных медицинских услуг

8903, Нахождение в отделении по уходу, первый месяц пребывания в количестве 1 стоимостью 13 500,0
13 500,00

Всего к оплате: 13 500,00

Тринадцать тысяч пятьсот рублей 00 копеек



(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным в Больнице, и в случае оказания стационарной помощи отражается в Плате лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Пациента).

«Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова» г. Москва»
«Больница»
Главный врач И.В. Мясников
(А.Л. Мясников)
М.П. _____

Подписи сторон

«Пациент»

_____ (✓)

Городская
клиническая
больница 71
ИНН. 007731038690
НМ 00086412
КЛ 0765

29.08.14 12:37

1 13500.00

ИТОГ*****13500.00

НАЛИЧ 13500.00

СДАЧА 0.00

СПАСИБО!

КАССИР 1 ЧЕК 0012

ПФП 000000027868

ЭКЛЗ 1248959567

00002279 #065408

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
 МОСКОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 71
 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Министерство здравоохранения Российской Федерации
 Наименование учреждения: **ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 71**
 адрес: ОГРН 1027700525907
 Код по КПО 121374, г. Москва, Можайское ш., д. 14
 Для врачей, занимающихся частной практикой:
 номер лицензии на медицинскую деятельность: _____
 адрес: _____ на № _____ от _____

линия отреза

Код формы по ОКУД _____
 Медицинская документация
 Учетная форма № 106/у-08
 Утверждена приказом Минздравсоцразвития России
 от 26.12.2008 г. № 782

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ 45A № 549198 *

Дата выдачи « 05 » сентября 2014 г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть))

серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) Строгачева Нина Филатовна
2. Пол: мужской 1, женский 2
3. Дата рождения: число 28, месяц 09, год 1923
4. Дата смерти: число 05, месяц 09, год 2014, время 13:20 РФ
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей); республика, край, область _____
 район _____ город Москва населенный пункт _____
 улица Новобурлуцкая дом _____ кв. _____
6. Местность: городская 1, сельская 2
7. Место смерти: республика, край, область _____ РФ
 район _____ город Москва населенный пункт _____
 улица Можайское шоссе дом 14 кв. _____
8. Местность: городская 1, сельская 2
9. Смерть наступила: на месте происшествия 1, в машине скорой помощи 2, в стационаре 3, дома 4, в другом месте 5.
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 неделя) 1, недоношенный (менее 37 недель) 2, переносенный (42 недели и более) 3.
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
 масса тела ребенка при рождении _____ грамм 1, каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) 2, дата рождения матери _____ 3, возраст матери (полных лет) _____ 4, фамилия матери _____ 5, имя _____ 6, отчество _____ 7.
- 12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке 1, не состоял(а) в зарегистрированном браке 2, неизвестно 3.
- 13.* Образование: профессиональное: высшее 1, неполное высшее 2, среднее 3, начальное 4; общее: среднее (полное) 5, основное 6, начальное 7; не имеет начального образования 8; неизвестно 9.
- 14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1, прочие специалисты 2, квалифицированные рабочие 3, неквалифицированные рабочие 4, занятые на военной службе 5; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры 6, студенты и учащиеся 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве 8, безработные 9, прочие 10.
15. Смерть произошла: от заболевания 1; несчастного случая: не связанного с производством 2, связанного с производством 3; убийства 4; самоубийства 5; в ходе действий: военных 6, террористических 7; род смерти не установлен 8.

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12-14 заполняются в отношении их матерей.

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число _____, месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившем смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером(акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) Сергей Александрович Александрович (фамилия, имя, отчество)

должность зав. отделением

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4], мною определенна последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

а) Декомпенсация кровообращения
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)

б) Атеросклеротический кардиосклероз
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)

в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)

г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

Тиморитометическая болезнь

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила - в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности (после аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4]

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____

Руководитель медицинской организации, частного практического учреждения (подчеркнуть)



Сергей А.А. (подпись)

Сергей А.А. (фамилия, имя, отчество)

Период времени между началом патологического процесса и смертью	Код по МКБ-10
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество врача)