

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(лабораторные исследования)

г. Саранск

«_____» _____ 2023г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Мордовский республиканский кожно-венерологический диспансер» именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача В.В. Колыганова, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин

(ФИО полностью)

именуемый в дальнейшем «Пациент», в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги по лабораторному исследованию:

-Забор биоматериала со слизистой носа и зева.

- Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носа и зева методом ПЦР.

- исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01178-13/00363628 от 18 марта 2019г., выдана Министерством здравоохранения Республики Мордовия, расположенным по адресу: г. Саранск, ул. Коммунистическая, д. 33, тел., (88342) 24-65-38.

Перечень работ(услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:

- При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике;

- медицинские услуги оказываются по месту нахождения ГБУЗ Республики Мордовия «МРКВД», г. Саранск, ул. Ульянова, 32 сайт: mrkvdrn.ru электронный адрес: GBUZ.RM.MRKVD@e-mordovia.ru

- свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ серия 13 №000733071 выдано Инспекцией ФНС России по Ленинскому району г. Саранска 10.11.2002 г., ОГРН 1021300980205, ИНН 1326038178, КПП 132601001;

1.2. Пациент обязуется своевременно и в полном объеме оплатить услуги Исполнителя.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта утвержденного ГБУЗ РМ «МРКВД», в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

2.2. Стоимость платных медицинских услуг согласно прейскуранту составляет **945 рублей.**

2.3. Оплата услуг с согласия потребителя осуществляется Потребителем (законным представителем потребителя) в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств, при заключении договора в кассу Исполнителя.

3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Исполнитель предоставляет медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям к услугам соответствующего вида.

3.2. Выдача результатов исследований производится Пациенту при предъявлении документа, удостоверяющего личность и платежного документа. Результаты на бланках-ответах могут пересылаться по предварительной договоренности сторон посредством электронного документооборота, в случае если Пациент оставляет в регистратуре заполненные данные со своим адресом (электронная почта, номер телефона, информированное согласие).

3.3. Сроки оказания платных услуг:

-коронавирус, мазок из зева и носа, ПЦР 2 суток со дня забора «___» _____ 2023г

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Обязуется сохранять конфиденциальность в отношении факта обращения Пациента, его диагноза и результатах лабораторных исследований.

4.1.2. Не разглашать врачебную тайну (предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия Пациента и (или) его законного представителя допускается в случаях, установленных статьей 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ»).

4.2. Права и обязанности Пациента:

4.2.1. Получать медицинские услуги надлежащего качества.

4.2.2. Получать в доступной для него форме информацию о результатах проведенного лабораторного исследования.

4.2.3. Перед началом проведения лабораторной диагностики Пациент обязан ознакомиться с Прейскурантом цен на проведение лабораторных исследований и правилами взятия биологического материала.

4.2.4. Обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, соблюдение рекомендаций врача.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель обязуется обеспечить конфиденциальность персональных данных, ставших известными Исполнителю в ходе исполнения настоящего Договора, а также сведений, составляющих врачебную тайну.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. До заключения настоящего Договора Пациент уведомлен под подпись, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача могут снизить качество проведения лабораторной диагностики, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (-или) получения недостоверного результата проведенного лабораторного исследования.

6.2. Пациент информирован о сроках проведения лабораторного исследования и информирован о характере предстоящего/ей лабораторного исследования/манипуляции и возможном развитии неприятных болевых ощущений и осложнений: повышенной кровоточивости, механическом повреждении органа, образования гематомы.

6.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств по настоящему договору.

6.4. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ Республики Мордовия «МРКВД» г.
Саранск ул. Ульянова, 32. Тел: (8342) 35-
35-93, факс: (8342) 35-24-09, ИНН-
1326038178, КПП-132601001, Минфин
Республики Мордовия (ГБУЗ
Республики Мордовия «МРКВД» л/с-
20096У72470), р/с 0322464389000000900
в ОТДЕЛЕНИИ-НБ РЕСПУБЛИКА
МОРДОВИЯ БАНКА РОССИИ//УФК по
Республике Мордовия г. Саранск,
к/с- 40102810345370000076,
БИК-018952501.

Главный врач : В.В.Колыганов

ПАЦИЕНТ:

ФИО полностью: _____

Дата рождения: _____

Паспорт: Серия: _____ №: _____ -

Выдан (кем, дата): _____

Зарегистрирован по адресу: _____

СНИЛС _____

Контактный телефон: _____

(подпись) _____ (Ф. И.О.) _____