

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в Договоре.

Я информирован (а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в КГБУЗ «Манская РБ» в порядке существующей очереди, в рамках объемов и условий территориальной программы гарантированной медицинской помощи населению Красноярского края.

«__» _____ 2023г.

Подпись _____

ДОГОВОР № НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

с. Шалинское

КГБУЗ «Манская РБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Никулина Дмитрия Александровича, действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуг») на платной основе: _____
2. До начала оказания услуг представитель Исполнителя информирует Заказчика о технологии проведения услуг, наступлении возможных последствий после проведения той или иной услуги.
3. Исполнитель обязан обеспечить соответствие оказанных медицинских услуг установленным профессиональным стандартам.
4. Заказчик обязуется выполнить требования, предъявленные Исполнителем, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
5. Заказчик обязуется оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги согласно прейскуранта цен, согласованного с Комитетом цен и Управлением здравоохранения администрации Красноярского края до исполнения услуги.
6. Услуги предоставляются Исполнителем в согласованные с Заказчиком сроки и время.
7. Оказание услуг осуществляется Исполнителем только после оплаты их Заказчиком.
8. Стоимость услуг по настоящему договору составляет: _____ (_____) рублей.
9. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика в соответствии с действующим законодательством РФ.
10. Все претензии и споры, возникающие между Исполнителем и Заказчиком, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.
11. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.
12. Юридические адреса и реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Манская районная больница»
(КГБУЗ «Манская РБ»)
663510, Красноярский край, Манский район, с. Шалинское, ул. Уланова, д. 2
ОГРН 1022400562106 присвоен 21.12.2012г. Федеральной налоговой службой № 26 по Красноярскому краю
Лицензия ЛО – 41-01019-24/00361429 от « 18 » октября 2019 г.
серия ЛО-24 № 0005652
Телефон органа выдавшего лицензию (Министерство здравоохранения Красноярского края) - 8 (391) 211-51-51
E-mail: office@mankyarb.ru (приемная),
ИНН 2424001410 / КПП 242401001

ЗАКАЗЧИК:

(ФИО)

(адрес)

(телефон)

(подпись)

Главный врач КГБУЗ «Манская РБ

_____/Д.А. Никулин

С технологией проведения обследования (лечения) и его возможными последствиями ознакомлен (а).

Подпись заказчика

Услуги получил, претензий к Исполнителю не имею.

Подпись заказчика

«__» _____ 2023г.

Исполнители: врач _____, м/сестра _____