



В. Мозговой
ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР № _____

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ИНОСТРАННОМУ ГРАЖДАНИНУ/ ЛИЦУ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА**

г. Донецк

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Мозгового В.В., действующего на основании Положения, Лицензии № 010403 от 25 мая 2021г., с одной стороны и иностранный гражданин/ лицо без гражданства _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили

настоящий договор о нижеследующем.

1. Потребитель поручает, а Исполнитель принимает на себя обязанности по оказанию медицинских услуг на платной основе, согласно действующему прейскуранту цен, а именно: освидетельствование на подтверждение наличия или отсутствия у иностранного гражданина или лица без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих (туберкулеза).
2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.
4. Оплата за оказание медицинской услуги производится в кассу или на расчётный счет Исполнителя до оказания медицинской услуги. Предоплата составляет _____ рублей.
5. Срок оказания платной медицинской услуги составляет не более **пяти дней** с момента заключения договора. После исполнения договора Потребителю выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования (диагнозе).
6. Потребитель имеет право на получение информации о выполняемой (выполненной) медицинской услуге.
7. Настоящим договором Потребитель (законный представитель потребителя) подтверждает: свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, Потребитель подтверждает соблюдение правил поведения пациента в медицинских организациях. Исполнитель не несет ответственности в случае нарушения правил поведения пациента в медицинской организации.
8. Споры по исполнению настоящего договора регулируются законодательством Российской Федерации.
9. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность- работы (услуги) по : медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство в Донецкой Народной Республике, бактериология, рентгенология, физиотририя, еестринское дело, лабораторное дело (клиника), рентгенология (младших специалистов с медицинским образованием), медицинская статистика рентгенология (младших специалистов с медицинским образованием) на основании Лицензии № 010403 от 25 мая 2021г., выданной на основании решения лицензирующего органа- Министерства здравоохранения ДНР 25.05.2021 №761.
10. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, за исключением случаев прямо предусмотренных в законодательстве Российской Федерации. Настоящим договором Исполнитель гарантирует Потребителю конфиденциальность передаваемых им сведений.
11. Потребитель в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ дает согласие на обработку персональных данных (Ф.И.О., дата рождения, адрес, данные документа, удостоверяющего личность, телефон, сведения о состоянии здоровья).
12. Ответственность сторон за невыполнение условий договора, его ненадлежащее выполнение, порядок изменения и расторжения договора определяются в соответствии с законодательством Российской Федерации.
13. Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй передается Потребителю.
14. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:
РКТБ МЗ ДНР
 Адрес места нахождения:
 283023, Донецкая Народная Республика,
 Г.О.ДОНЕЦКИЙ, Г. ДОНЕЦК, ПР-КТ ИЛЬИЧА, Д. 104А
 ОГРН: 1229300080800
 ИНН юридического лица 9303013397
 КПП юридического лица 930301001
 Единый казначейский счет
 40102810745370000095
 Казначейский счет 0322464321000008200
 Лицевой счет 208261.Ш.690
 БИК УФК по ДНР, г. Донецк 042157901
 Тел.: +7 (856) 300-12-89
 E-mail: rktbbuh@yandex.ru

Потребитель:

 Адрес места жительства: _____

 Документ, удостоверяющий личность: _____

 Телефон: _____

Главный врач
 _____ В.В. Мозговой
 М.П.

_____ (подпись) _____ (ФИО)