

ДОГОВОР № 11
оказания платных медицинских услуг

22.05.2017г.

г. Кемерово

Государственное казённое учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 29.09.1994г., выданное инспекцией Федеральной налоговой службы г. Кемерово, ОГРН № 1034205016746), осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-42-01-004271 от 29.03.2016г. выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Басаргиной Л.А., действующей на основании доверенности от 03.04.2014 № 669 с одной стороны, и гражданин Камальдин Сергей Яковлевич, 26.07.1971г., проживающий(я) по адресу: тайга почтовая 95-9, именуемый(-ая) в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны; заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Потребитель поручает Исполнителю оказать платную медицинскую услугу:

Наименование	Цена, руб.	Кол-во	Итого, руб.
Д01.1. Психиатрическое освид. (предварительный или периодический медосмотр)	182,00	1	182,00
Итого на сумму: сто восемьдесят два руб.			182,00

2. Условия предоставления платной медицинской услуги Исполнителем отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и осуществляются в по адресу г. Кемерово, ул. Волгоградская, д.41.

3. Права и обязанности сторон:

3.1. Исполнитель обязан: предоставить Потребителю бесплатную, достоверную, доступную информацию о услуге, оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу; хранить врачебную тайну, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

3.2. Потребитель обязан: информировать до получения услуги о перенесенных заболеваниях, своевременно оплачивать услугу, выполнять назначения врача.

3.3. Потребитель имеет право: отказаться от получения услуги, получать информацию о состоянии здоровья.

4. Стороны несут ответственность за принятые обязательства в соответствии с действующим законодательством.

5. Договор составлен в 2-х экз. вступает в силу с момента подписания сторонами.

6. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7. Приложение к договору: информированное добровольное согласие и информированное согласие на обработку персональных данных, оформляются до получения медицинской услуги и хранятся в медицинской документации.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: Государственное казённое учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» 650036, г. Кемерово, ул. Волгоградская, д.41 тел/факс 8-(384-2)-54-24-98, ОГРН 1034205016746 ОКАТО 32401000000 ИНН 4206008018 КПП 420501001 УФК по Кемеровской области (ГКУЗ КО «КОКПБ» л/с 04392000400) р/с 40101810400000010007 в ГРКЦ ГУ Банка России по Кемеровской области БИК 043207001, Обязательное заполнение поля 104 код дохода 00511301992020052130 (оплата за оказанные платные услуги)

Пациент: Камальдин С.Я.

Подпись / _____ /

Зав. диспансером: Басаргина Л.А.



ДОГОВОР № 11
оказания платных медицинских услуг

22.05.2017г.

г. Кемерово

Государственное казённое учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 29.09.1994г., выданное инспекцией Федеральной налоговой службы г. Кемерово, ОГРН № 1034205016746), осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-42-01-004271 от 29.03.2016г. выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Басаргиной Л.А., действующей на основании доверенности от 03.04.2014 № 669 с одной стороны, и гражданин Камальдин Сергей Яковлевич, 26.07.1971г., проживающий(я) по адресу: тайга почтовая 95-9, именуемый(-ая) в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны; заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Потребитель поручает Исполнителю оказать платную медицинскую услугу:

Наименование	Цена, руб.	Кол-во	Итого, руб.
Д01.1. Психиатрическое освид. (предварительный или периодический медосмотр)	182,00	1	182,00
Итого на сумму: сто восемьдесят два руб.			182,00

2. Условия предоставления платной медицинской услуги Исполнителем отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и осуществляются в по адресу г. Кемерово, ул. Волгоградская, д.41.

3. Права и обязанности сторон:

3.1. Исполнитель обязан: предоставить Потребителю бесплатную, достоверную, доступную информацию о услуге, оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу; хранить врачебную тайну, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

3.2. Потребитель обязан: информировать до получения услуги о перенесенных заболеваниях, своевременно оплачивать услугу, выполнять назначения врача.

3.3. Потребитель имеет право: отказаться от получения услуги, получать информацию о состоянии здоровья.

4. Стороны несут ответственность за принятые обязательства в соответствии с действующим законодательством.

5. Договор составлен в 2-х экз. вступает в силу с момента подписания сторонами.

6. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7. Приложение к договору: информированное добровольное согласие и информированное согласие на обработку персональных данных, оформляются до получения медицинской услуги и хранятся в медицинской документации.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: Государственное казённое учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» 650036, г. Кемерово, ул. Волгоградская, д.41 тел/факс 8-(384-2)-54-24-98, ОГРН 1034205016746 ОКАТО 32401000000 ИНН 4206008018 КПП 420501001 УФК по Кемеровской области (ГКУЗ КО «КОКПБ» л/с 04392000400) р/с 40101810400000010007 в ГРКЦ ГУ Банка России по Кемеровской области БИК 043207001, Обязательное заполнение поля 104 код дохода 00511301992020052130 (оплата за оказанные платные услуги)

Пациент: Камальдин С.Я.

Подпись / _____ /

Зав. диспансером: Басаргина Л.А.

