

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной наркологический диспансер» (юр. адрес: 455007, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Фадеева, д. 22, тел./факс 8 (3519) 24-06-73/24-44-84, сайт www.ond-mgn74.ru, ИНН 7445040233/КПП 745501001, ОГРН № 1027402171741, серия 74 № 005729787, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Челябинской области от 23.11.2011г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности, регистрационный номер лицензии: ЛО41-01024-74/00341544 от 05.07.2016г., выдана Министерством здравоохранения Челябинской области), в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Покалоухина Дмитрия Николаевича, действующего на основании приказа Министерства здравоохранения Челябинской области №748Л от 30.10.2025 года, и «Потребитель» / «Законный представитель потребителя» / «Заказчик» (при условии анонимности — со слов «Потребителя» услуги):
«Потребитель» / «Заказчик»: Ф.И.О.

_____,
Адрес места жительства _____,
Документ, удостоверяющий личность _____ телефон _____,
«Законный представитель потребителя»: Ф.И.О.
_____,
Адрес места жительства _____,
Документ, удостоверяющий личность _____ телефон _____,
Документ, подтверждающий полномочия _____,
заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ И УСЛОВИЯ УСЛУГ
1.1. В соответствии с настоящим договором «Исполнитель» обязуется оказать платные медицинские услуги (проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, лабораторных исследований и выдача их результатов / справок / заключений), соответствующие требованиям, предъявляемым к данным видам услуг, а «Потребитель» / «Заказчик» обязуется оплатить эти услуги.
1.2. Специалист, оказывающий платную услугу _____

(ФИО, должность)				
берет на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества в следующем объеме:				
Наименование медицинских услуг	Количество	Срок исполнения	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате

Место предоставления услуги: Челябинская обл., г. Магнитогорск, ул. Фадеева, д. 22 / ул. Труда, д. 3.
1.3. Платные медицинские услуги оказываются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации и в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659.
1.4. Потребитель (Заказчик) подписью в Договоре подтверждает ознакомление с перечнем предоставляемых услуг, их стоимостью, а также подтверждает добровольное согласие получить указанные услуги на платной основе (в том числе при возможности получения аналогичных услуг бесплатно в рамках Программы государственных гарантий).
1.5. Платная медицинская услуга предоставляется в день обращения Потребителя (либо в согласованные с Потребителем сроки).
1.6. Результатом оказания услуг по настоящему договору является оформление и выдача Исполнителем Потребителю (Заказчику) соответствующего медицинского документа (справки, медицинского заключения, результатов лабораторного исследования). (Потребителям, получающим услуги на условиях анонимности, официальные медицинские справки и документы не выдаются).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
2.1. Исполнитель вправе: 2.1.1. Самостоятельно определять объем необходимых диагностических мероприятий в соответствии с действующими нормативными требованиями к конкретному виду услуги.
2.1.2. Требовать от Потребителя соблюдения правил внутреннего распорядка медицинской организации.
2.1.3. Приостановить или отказать в оказании услуги в случае нарушения Потребителем условий договора, неоплаты услуг или предоставления заведомо недостоверных сведений.
2.2. Исполнитель обязан: 2.2.1. Оказать качественные медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.
2.2.2. Предоставить Потребителю (Заказчику) в доступной форме информацию о порядке оказания услуг, применяемых методах (при проведении исследований) и выдать по результатам оказания услуг соответствующий документ (справку, заключение, результаты анализов).
2.2.3. Обеспечить соблюдение врачебной тайны и конфиденциальности персональных данных Потребителя.
2.3. Потребитель вправе: 2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества оказываемых услуг и получения достоверной информации о них.
2.3.2. Отказаться от исполнения договора в любое время до момента оказания услуги с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов.
2.4. Потребитель обязан: 2.4.1. Своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг.
2.4.2. До начала оказания услуг сообщить достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях и факторах, имеющих значение для проведения осмотра, освидетельствования или лабораторного исследования.
2.4.3. Соблюдать правила поведения пациентов и указания медицинского персонала при прохождении осмотра или сборе биоматериала.
3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ
3.1. Стоимость услуг, предоставляемых по настоящему договору, составляет _____ (_____) рублей в соответствии с прейскурантом цен Исполнителя, действующим на момент заключения договора.
3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100%-ной предоплаты до получения услуг путем внесения наличных или безналичных денежных средств в кассу или на лицевой счет

Исполнителя. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (контрольно-кассовый чек).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с законодательством Российской Федерации и положениями ПП РФ № 659.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты осмотра или выдачу заключения, если они обусловлены предоставлением Потребителем заведомо недостоверной информации о состоянии здоровья или сокрытием фактов, имеющих значение для освидетельствования.

4.3. Вред, причиненный жизни или здоровью потребителя в результате предоставления платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменной форме.

5.3. Договор составлен в _____ экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу (по одному для каждой из Сторон).

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с Правилами предоставления платных медицинских услуг (ПП РФ от 30.05.2026 № 659) и получил всю необходимую информацию.

6.2. Обработка персональных данных Потребителя осуществляется Исполнителем в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях исполнения настоящего договора.

6.3. Все споры и разногласия разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия — в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6.4. Неотъемлемой частью договора являются приложения:
«Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)» и «Добровольное согласие».

Адреса, реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель: ГБУЗ «Областной наркологический диспансер» И.о. главного врача _____ М.П.	Потребитель: _____ (ФИО, подпись)
---	--

Приложения к Договору

УВЕДОМЛЕНИЕ о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество Потребителя / законного представителя)

в соответствии с пунктом 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 г. № 659, уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу (в том числе правил подготовки к лабораторным исследованиям, сдачи анализов или прохождения осмотра), может повлечь за собой искажение результатов обследования, снижение качества оказания услуги или невозможность выдачи соответствующего медицинского заключения/справки.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора.

Подпись Потребителя (Заказчика): _____ / _____ /

ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на получение платных медицинских услуг

Настоящим я, _____,

(Ф.И.О. Потребителя полностью)

ознакомившись с перечнем услуг, их стоимостью, правилами предоставления и прейскурантом цен, подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (осмотр / освидетельствование / лабораторное исследование), указанных в договоре. Согласие дано добровольно, без принуждения.

« _____ » _____ 202 г.

Потребитель: _____ / _____ /