

# КВИТАНЦИЯ №

Серия ЛХ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.  
Учреждение **БУЗ Орловской области «Орловский  
наркологический диспансер»**

Форма по ОКУД \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_  
по ОКПО \_\_\_\_\_  
ИНН \_\_\_\_\_  
КПП \_\_\_\_\_  
по ОКВЭД \_\_\_\_\_

КОДЫ
0504510
3245937
5752002444
575201001

УИН **00000000000000000130**  
Местонахождение **302001, г. Орёл, ул. Карачевская, 42а**

### Идентификация плательщика

Принято от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
Код вида доку- \_\_\_\_\_  
мента \_\_\_\_\_  
Серия и \_\_\_\_\_  
номер документа \_\_\_\_\_

В уплату \_\_\_\_\_  
(вид продукции, услуги, работы)

Сумма, всего \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. \_\_\_\_\_  
в том числе: \_\_\_\_\_ (прописью)  
наличными \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп. \_\_\_\_\_  
деньгами \_\_\_\_\_ (прописью)  
с использованием \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.  
платёжной карты \_\_\_\_\_ (прописью)

Получил \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Уплатил \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ МП  
ООО «Тайга», 302026, г. Орёл, ул. Карачевская, 68а. ИНН: 5753025726, заказ № 122 от 18.06.2018 г. тир. 2х50х100

### УВЕДОМЛЕНИЕ

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский наркологический диспансер» (БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер») (адрес осуществления деятельности Орловская обл., г. Орёл, ул. Карачевская, д.42 лит.А) действующий на основании Устава, свидетельства о постановке на учет юридического лица в налоговом органе выдано ИФНС по Заводскому району г.Орла 18.12.1993. ОГРН № 1025700779961, лицензии серия ФС №.57-01-000923 выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 15.12.2015г. (г. Орёл, ул. Ленина, д.1) в лице главного врача Горохова А.М., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны уведомляет потребителя (заказчика)

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Исполнитель: \_\_\_\_\_ Пациент: \_\_\_\_\_

### ДОГОВОР №

#### НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Орёл « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский наркологический диспансер» (БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер») (адрес осуществления деятельности Орловская обл., г. Орёл, ул. Карачевская, д.42 лит.А) действующее на основании Устава, свидетельства о постановке на учет юридического лица в налоговом органе выдано ИФНС по Заводскому району г.Орла 18.12.1993. ОГРН № 1025700779961, лицензии серия ФС №.57-01-000923 выдана Департаментом здравоохранения Орловской области 15.12.2015г. (г. Орёл, ул. Ленина, д.1, тел. 43-35-03) по осуществлению доврачебной медицинской помощи по: лечебному делу; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи; специализированной медицинской помощи медицинской статистики, наркологии, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, эпидемиологии, педиатрии, профпатологии, психотерапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, экспертизе наркологической, медицинскому (наркологическому) освидетельствованию; стационарной медицинской помощи; специализированной медицинской помощи потрансфузиологии в лице главного врача Горохова А.М., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гр. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора.

1.1. «Пациент» поручает, а исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги в соответствии с преysкурантом цен: **Медицинский осмотр (освидетельствование) на предмет наркологических заболеваний для: получения водительских прав, осмотр или поступление на работу, на право ношения оружия, гражданство, РВП, патент на работу, вид на жительство (нужное подчеркнуть) или иное (указать) \_\_\_\_\_**

1.2. Платные медицинские услуги оказываются «Исполнителем» сверх объёмов Территориальной программы оказания бесплатной медицинской помощи населению РФ.

## 2. Порядок и сроки оплаты.

2.1. Медицинская услуга оплачивается «Пациентом» в полном объеме согласно прейскуранта цен, в соответствии с действующим законодательством.

2.2. Срок оплаты - до оказания услуги.

## 3. Условия и сроки предоставления.

3.1. Платная медицинская услуга оказывается «Исполнителем» по настоящему Договору в помещении БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер», расположенном по адресу: г. Орел, ул. Карачевская, д.42 лит.А «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией и доводятся до сведения потребителя на вывеске.

3.2. Предоставление услуг по настоящему Договору возможно по предварительной записи Заказчика на прием. Предварительная запись «Пациента» на прием осуществляется через регистратуру посредством телефонной, факсимильной и иной связи. Телефон регистратуры: 77-07-03.

3.3. Платная медицинская услуга предоставляется в день подписания договора

## 4. Права и обязанности сторон.

4.1. «Пациент» имеет право:

4.1.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания.

4.1.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается «Пациентом» или его представителем, а также медицинским работником.

4.1.3. «Пациент» даёт согласие на обработку персональных данных.

4.2. «Пациент» обязан:

4.2.1. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором;

4.2.2. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих «Исполнителю» оказать услугу, о перенесенных заболеваниях и аллергических реакциях;

4.2.3. Надлежащим образом исполнять все назначения «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги;

4.2.4. Строго соблюдать правила внутреннего распорядка.

4.3. «Исполнитель» имеет право:

4.3.1. На получение полной необходимой и достоверной информации о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях «Пациента», с целью установления правильного диагноза и назначения лечения;

4.3.2. Самостоятельно определить методику и технологию оказания медицинской услуги;

4.3.3. В случае нарушения условий договора «Пациентом», расторгнуть договор в судебном порядке, взыскав фактически понесенные расходы, связанные с исполнением договора;

4.3.4. В случае нарушения сроков оплаты полученных услуг, предусмотренных п.2 настоящего Договора взыскать с «Пациента» неустойку в размере 3% от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

4.4. «Исполнитель» обязуется:

4.4.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.4.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.4.3. Обеспечить «Пациента» в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о лицензировании, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.4.4. Хранить в тайне информацию о факте обращения «Пациента» за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.4.5. Обеспечить «Пациенту» непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию «Пациента» копии заключений, отражающих состояние здоровья «Пациента».

## 5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение «Пациента» условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

## 6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров или предъявления претензии в письменном виде. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Все изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются дополнительным соглашением, которое является неотъемлемой частью договора.

## 7. Заключительное положение

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного его исполнения.

7.2. Срок действительности данного медицинского осмотра – 3 месяца.

## 8. Реквизиты сторон

Исполнитель”

БУЗ Орловской области «ОНД» 302001, г.Орёл, ул Карачевская, д.42-А Банк получателя: УФК по Орловской области, Отделение Орёл г. Орёл, р/с 40601810800001000001, лиц.счёт: 20546У45010, ИНН 5752002444, КПП 575201001, БИК: 045402001

«Пациент» (ФИО) \_\_\_\_\_

Подписи сторон:

«Исполнитель” \_\_\_\_\_

«Пациент»: \_\_\_\_\_