

**Договор № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных услуг**

г. Шымкент

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

---

*(Фамилия, имя, данные документов, удостоверяющих личность пациента)*

именуемый в дальнейшем Заказчик, с одной стороны и Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городской перинатальный центр» управления здравоохранения города Шымкент, именуемый в дальнейшем Исполнитель, в лице и.о. главного врача Сыздыкова Гулбану Жумагалиевна, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – договор) о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

Исполнитель оказывает платные родовспомогательные услуги согласно приложению 1 к Договору.

Заказчик осуществляет возмещение затрат Исполнителю по тарифам согласно приложению 1 к Договору.

Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых «Заказчику», указаны в прейскуранте «Исполнителя», действующем на дату составления настоящего договора.

**2. Процедура взаиморасчетов за оказание платных услуг**

Сумма договора составляет \_\_\_\_\_ тенге

Заказчик осуществляет оплату услуг Исполнителю по фактически оказанному объему медицинской помощи, согласно счету, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в Договоре.

При необходимости проводится корректировка суммы договора в процессе лечения с учетом фактически оказанного объема медицинской помощи, нахождения в платной палате.

Исполнитель выдает Заказчику документ (фискальный чек, приходно-кассовый ордер) подтверждающий прием наличных денег.

В случаях досрочного прекращения курса лечения (перевод в другую организацию здравоохранения, улучшение состояния пациента, летальный исход и др.) Исполнитель выплачивает Заказчику разницу между оплаченной суммой и фактической стоимостью оказанной медицинской помощи, за исключением случаев досрочной выписки ввиду нарушения больным установленного режима пребывания в стационаре.

**3. Обязанности сторон**

**Исполнитель обязан:**

- обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с периодическими протоколами диагностики и лечения заболеваний, при отсутствии протоколов по медицинским показаниям в соответствии с общепринятыми подходами;
- принять все меры для обеспечения максимального уровня удовлетворенности пациентов результатами лечения;
- предоставлять Заказчику счет с указанием видов оказанных медицинских и сервисных услуг установленные сроки;
- предоставлять Заказчику всю необходимую медицинскую и финансовую документацию (выписка, фискальный чек, приходно-кассовый ордер) необходимую для проведения проверки исполнения настоящего Договора.

**Заказчик обязан:**

- выполнять врачебные предписания, соблюдать больничный режим;
- своевременно производить оплату за оказанную медицинскую помощь ;
- проявлять в общении с медицинскими работниками уважение;
- соблюдать правила внутреннего распорядка и бережно относиться к имуществу медицинской организации, сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинской помощи;

**4. Права сторон**

**Заказчик имеет право на:**

- достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям.
- на выбор врача с учетом его согласия.

Иные права предусмотренные законами Республики Казахстан.

**Исполнитель имеет право:**

- принимать только на физиологические роды и плановые оперативные родоразрешения, только после осмотра специалистов клиничко-диагностического блока центра;
- не принимать заказчика с осложненной беременностью и тревожными симптомами, отправлять по прикрепленной территории обслуживания, по месту жительства для получения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- не принимать заказчика отказывающегося от вакцинации БЦЖ, ВГВ (*Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»*)
- на досрочное прекращение лечение в случае нарушения Заказчиком больничного режима, не выполнения врачебных предписаний и выполнения условий договора.
- защиту своей профессиональной чести и достоинства.

Иные права предусмотренные законами Республики Казахстан.

**5 Ответственности сторон**

Исполнитель несет ответственность за допущение нарушений по оказанию платных услуг.

Заказчик несет ответственность за несвоевременное возмещение затрат Исполнителю за фактически оказанный объем медицинской помощи.

В случаях возникновения осложнения в ходе проведения лечебных и диагностических манипуляций, связанных с состоянием здоровья пациента или осложнением основного заболевания, заказчик обязуется дополнительно оплатить расходы по прейскуранту цен.

За невыполнение и/или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Заказчик несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

Нарушение условий Договора по оказанию медицинской помощи со стороны Заказчика может привести к аннулированию Договора и выплате Заказчиком неустойки в размере 0,1 % за каждый просроченный день от суммы Договора.

**6. Изменение и расторжение Договора**

Условия настоящего Договора могут быть изменены и дополнены по письменному соглашению сторон.

О намерении досрочного расторжения Договора стороны обязаны заблаговременно уведомить друг друга.

**7. Заключительные положения**

Не одна из сторон не имеет право передавать свои обязательства по настоящему Договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.

Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у заказчика, другой у Исполнителя.

Настоящий Договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует до момента исполнения всех обязательств сторон по настоящему Договору.

**8. Адреса и реквизиты Сторон:**

**Исполнитель:**

**Заказчик:**

ГКП на ПХВ  
Городской перинатальный центр  
Г.Шымкент, мкр.Нурсат, строение 188  
БИН 101240007403  
Филиал АО «ForteBank» в г.Шымкент  
БИН Банка: 050941000204  
Текущий счет: KZ7796516F0009368834  
SWIFT код: IRTYKZKA

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**И.о.г.л.врача**            **Сыздыкова Г.Ж.**

С прейскурантом цен и условиями договора ознакомлена, согласна

Согласия врача \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_