

Утверждены
решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Городской родильный дом»
управления здравоохранения города Шымкент

Приложение № __
к протоколу очного заседания Наблюдательного
совета ГКП на ПХВ «Городской родильный дом»
управления здравоохранения города Шымкент
от 29 апреля 2021 года № 05/21



ПРАВИЛА
об оказании платных услуг и порядке использования средств от оказания платных
услуг в государственном коммунальном предприятии на праве хозяйственного ведения
«Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент

город Шымкент, 2021 год

1. Общие положения

1. Правила об оказании платных услуг и порядке использования средств от оказания платных услуг в государственном коммунальном предприятии на праве хозяйственного ведения «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент (далее – Предприятие) определяют порядок и условия оказания платных услуг, осуществляемых Предприятием, использования и распределения средств от оказанных платных медицинских услуг.

2. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Правилами оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи), утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020, другими нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

3. Платные услуги оказываются гражданам Республики Казахстан, иностранцам и лицам без гражданства независимо от их места жительства, на основании заключенного договора.

4. Для оказания платных медицинских услуг привлекаются высококвалифицированные специалисты (как врачи, так и другие работники).

5. Пациенты, пользующиеся платными услугами имеют право на свободный выбор врача, работающего в Предприятии.

2. Порядок оказания платных медицинских услуг

6. Платные услуги оказываются за счет собственных средств пациентов, средств работодателя, системы добровольного медицинского страхования, других источников, не запрещенных законодательством Республики Казахстан по перечню, не входящим в ГОБМП и ОСМС.

7. Платные медицинские услуги оказываются населению по прейскуранту цен, утвержденному приказом Главного врача Предприятия.

8. Администрация организует и координирует работу по оказанию платных медицинских услуг.

9. Оплата за платные медицинские услуги при наличном расчете должна производиться через кассира в кассу Предприятия с обязательной выдачей фискального чека и оформлением в финансовом документе (прошитом, прошнурованном журнале) с указанием:

- номер и дата обращения;
- фамилия, имя, отчество пациента;
- наименование медицинской услуги;
- наименование отделений;
- цена (согласно утвержденного прейскуранта);
- примечание.

10. В случае отказа пациента от получения платных медицинских услуг должна быть выполнена разница между уплаченной суммой и фактической стоимостью оказанной помощи (либо полный возврат).

11. Пациентам, получившим медицинскую помощь на платной основе предоставляют:

- 1) заключение соответствующих медицинских работников при оказании амбулаторно-поликлинической помощи;
- 2) выписку из истории болезни при оказании стационарной, стационарозамещающей помощи;
- 3) информацию о расходах за оказанную медицинскую помощь.

12. При оказании платных медицинских услуг с юридическими/физическими лицами подписывается согласие на оказание платных медицинских услуг, заключаются договоры на оказание платных медицинских услуг и дополнительных сервисных услуг по формам, согласно Приложениям № 1, № 2 и № 3 к настоящим Правилам.

13. По вышеуказанным заключенным договорам медицинские работники при оказании платных медицинских услуг ведут учет пациентов с указанием даты обращения, Ф.И.О., перечня медицинских услуг, стоимости, наименование организации. Ежемесячно ответственные лица предоставляют данные по проведенным исследованиям пациентов в финансовую службу для оформления счетов-реестров и для дальнейшего выставления акта выполненных работ, счетов-фактур по заключенным договорам.

14. Денежные средства по исполненным договорам при безналичном расчете поступают на специальный расчетный счет. Доходы, полученные от оказания платных медицинских услуг, распределяются в соответствии с Порядком распределения доходов, предусмотренным в Приложении № 4 к настоящим Правилам.



Приложение № 1

к Правилам об оказании платных услуг и порядке использования средств от оказания платных услуг в ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент

Информированное добровольное согласие пациента на получении платных медицинских услуг

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (если имеется) пациента полностью), удостоверение личности № _____ выдано _____ года _____, проживающий (ая) по адресу _____ добровольно и осознанно обратился (ась) в ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент (далее сокращенно – Предприятие) в целях получения платных медицинских услуг в Предприятии. При этом мне представлены для ознакомления Правила об оказании платных услуг в Предприятии и Прейскурант цен на платные медицинские (сервисные) услуги, действующие в Предприятии.

При этом я добровольно и осознанно заявляю, что:

1. Получив от сотрудников Предприятия полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг в Предприятии в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (ГОБМП и ОСМС), даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг Предприятия и готов(а) оплатить такие услуги.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг Предприятия, так и несколько таких услуг.

3. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, размещенных на территории Республики Казахстан, Предприятие не несет ответственности за возникновение таких побочных эффектов и осложнений.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения и рекомендации врачей Предприятия, а равно привлеченных специалистов.

5. Я понимаю, что должен (а) сообщить врачу (а равно привлеченным специалистам) обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем (аллергических реакциях и т.п.).

6. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о моем здоровье может способствовать некачественному оказанию медицинской услуги.

7. Я подтверждаю, что получил (а) полную информацию о характере выбранной мной платной медицинской услуги, в том числе о медицинской технологии ее оказания, особенностях взаимодействия с организмом, возможных результатах ее применения.

8. Мною добровольно, без какого-либо принуждения со стороны врача (специалиста) Предприятия выбраны медицинские услуги, которые я хочу получить в Предприятии и согласен их (эти услуги) оплатить.

9. Я ознакомлен (а) с действующим в Предприятии Прейскурантом цен на платные медицинские (сервисные) услуги и согласен (а) оплатить стоимость медицинской услуги (медицинских услуг) в соответствии с таким Прейскурантом цен наличными в кассу Предприятия или безналичным путем.

10. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое

согласие на получение указанной медицинской услуги именно в Предприятии.

11. Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, и я заявляю о своем добровольном согласии с ним без изменений и изъятий.

(фамилия, имя, отчество и подпись пациента)

_____ года (дата)

Беседу провел врач _____

(фамилия, инициалы и подпись врача)

_____ года (дата)



Приложение № 2

к Правилам об оказании платных услуг и порядке использования средств от оказания платных услуг в ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент

**Типовой договор
платного стационарного лечения в ГКП на ПХВ «Городской родильный дом»
управления здравоохранения города Шымкент**

город Шымкент

№ _____

«_____» _____ 20__ года

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента полностью), дата рождения, документ удостоверяющий личность (удостоверение личности, паспорт) дата выдачи, каким органом выдан) проживающий (ая) по адресу:

именуемый (ая) в дальнейшем – Пациент с одной стороны

и государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент, лицензия на право осуществления медицинской деятельности _____,

именуемое в дальнейшем – Субъект здравоохранения, в лице Главного врача _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии)),

действующего (ей) на основании Устава предприятия, с другой стороны,

вместе именуемые – Стороны Договора, заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Субъект здравоохранения оказывает Пациенту платные медицинские услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору устанавливается Приложением № 1 к Договору.

1.3. Срок оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору с _____ года по _____ года.

1.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится в соответствии с Прейскурантом цен, установленным в Предприятии.

1.5. Отношения между Субъектом здравоохранения Пациентом регулируются нормами законодательства Республики Казахстан, внутренних нормативных документов Субъекта здравоохранения и настоящим Договором.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Субъект здравоохранения оказывает услуги по настоящему Договору по адресу: _____, а также в медицинских организациях, имеющих с Субъектом здравоохранения соответствующие договоры на оказание квалифицированных (в том числе консультационных) медицинских услуг.

2.2. Субъект здравоохранения оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Субъекта здравоохранения и доведены до сведения Пациента при заключении настоящего Договора.

2.3. Субъект здравоохранения оказывает Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с законодательством Республики Казахстан и Правилами об оказании платных услуг, действующем в ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения

города Шымкент и настоящим Договором.

2.4. Субъект здравоохранения обеспечивает в стационаре круглосуточное наблюдение, все необходимое обследование и лечение, включая выходные и праздничные дни.

3. Права и обязанности Сторон Договора

3.1. Субъект здравоохранения в рамках предмета настоящего Договора обязан:

3.1.1. Обеспечить соблюдение Кодекса чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан, предусмотренный Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

3.1.2. Своевременно и качественно оказывать Пациенту услуги по настоящему Договору в соответствии с имеющейся у организации лицензией, сертификатами с соблюдением норм действующего законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения.

3.1.3. Использовать методы диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению действующим законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения.

3.1.4. Обеспечить Пациента на понятном, доступном языке и в установленном порядке информацией, включающей себя:

1) сведения о месте оказания услуг, о диагностических и лечебных медицинских услугах, которые будут оказаны в рамках настоящего Договора;

2) сведения о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих услуги в рамках настоящего Договора;

3) сведения о режиме и правилах внутреннего распорядка работы стационара Субъекта здравоохранения;

4) краткую информацию о видах и методах применяемого лечения, о дозах, кратности, длительности и порядке приема лекарственных средств и о возможных последствиях и побочных эффектах препаратов, об особенностях хранения лекарственных средств в домашних условиях;

3.1.5. Создать надлежащие условия для Пациентов в стационаре (обеспечение соответствующего ухода и питания, питьевой водой, постельными принадлежностями и посудой, оснащение уборных комнат всем необходимым гигиеническим оборудованием, оснащение помещений табличками, указателями, по возможности – системой внутренней навигации).

3.1.6. Предоставлять Пациенту информационные материалы (в том числе в виде плакатов, стендов и т.п.) о правах пациента, а также о диагностических и лечебных медицинских услугах, которые могут быть оказаны в Субъекте здравоохранения.

3.1.7. Обеспечить Пациенту своевременное назначение медикаментозной терапии и выдачу (при необходимости) рецептов на получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

3.1.8. Выдать Пациенту результаты исследований, справку, лист нетрудоспособности, выписку из карты амбулаторного (стационарного) больного в случаях и порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан.

3.1.9. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в рамках предмета настоящего Договора силами собственных специалистов и (или) сотрудников медицинских организаций, имеющих с Субъектом здравоохранения договорные отношения.

3.2. Субъект здравоохранения в рамках предмета настоящего Договора вправе:

1) определять длительность лечения, режим приема лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с состоянием здоровья Пациента;

2) проводить мониторинг и контроль прохождения Пациентом всех назначенных диагностических процедур и реабилитационных мероприятий, а также соблюдение

Пациентом режима приема назначенных лекарственных препаратов;

3) расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке в случае грубого нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача, а также несоблюдения предписанного режима (в том числе самовольный уход из стационара), установления фактов алкогольного, наркотического, токсического опьянения, скандальное и нетерпимое поведение с медицинскими работниками и соседями по палате и другое).

3.3. Пациент в рамках предмета настоящего Договора обязан:

1) предоставить Субъекту здравоохранения информированное письменное добровольное согласие на оказание услуг в рамках настоящего Договора;

2) оплатить медицинские услуги в рамках предмета настоящего Договора за счет собственных средств, средств работодателя и иных незапрещенных источников;

3) неукоснительно выполнять все необходимые требования и предписания врача по режиму приема лекарственных средств и реабилитационных мероприятий, в том числе режиму и времени приема, соблюдение иных требований и предписаний, обеспечивающих эффективность лечения;

4) до начала оказания медицинской услуги проинформировать лечащего врача Субъекта здравоохранения о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах, а также сообщить лечащему врачу Субъекта здравоохранения о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам, табакокурению и иные сведения, необходимые для постановки диагноза и лечения заболевания;

5) своевременно проинформировать лечащего врача Субъекта здравоохранения об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения;

6) своевременно проинформировать медицинских работников Субъекта здравоохранения о случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них;

7) уведомить лечащего врача Субъекта здравоохранения о приеме других (кроме назначения врача) лекарственных средств;

8) надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, в том числе точно выполнять назначения и рекомендации специалистов Субъекта здравоохранения и своевременно информировать лечащего врача Субъекта здравоохранения о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

9) не допускать действий, нарушающих права других пациентов;

10) проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт;

11) соблюдать правила внутреннего распорядка Субъекта здравоохранения и бережно относиться к имуществу Субъекта здравоохранения, а также сотрудничать с медицинским персоналом Субъекта здравоохранения при получении медицинской помощи в рамках настоящего Договора.

3.4. Пациент в рамках предмета настоящего Договора имеет право:

3.4.1. На выбор, замену врача.

3.4.2. На обеспечение качественной квалифицированной, специализированной и/или высокоспециализированной медицинской помощью с момента поступления в стационар.

3.4.3. На получение в доступной для него форме информации:

1) о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования;

2) о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;

3) о методах лечения, связанном с ними риске;

4) о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях;

5) о результатах проведенного лечения;

6) о своих правах и обязанностях, оказываемых услугах, стоимости платных услуг, а также о порядке их предоставления;

7) о назначаемом лекарственном средстве;

8) о фамилии, имени, отчестве (при его наличии) и профессиональном статусе тех, кто

будет оказывать медицинские услуги в рамках настоящего Договора.

3.4.4. На возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным назначением и применением медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

3.4.5. На получение медицинской помощи в очередности, определяемой исключительно на основании медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов;

3.4.6. Отказаться от получения медицинской помощи в установленном порядке, с оформлением письменно своего отказа, а также на возврат оплаченной суммы в случае отказа от платных медицинских услуг.

3.4.7. В случае некачественного оказания медицинских услуг и (или) лекарственного обеспечения:

1) обратиться в службу внутреннего контроля (поддержки пациента) Субъекта здравоохранения;

2) привлекать независимых (профильных) экспертов или общественные объединения, осуществляющие независимую экспертизу, для проведения независимой экспертизы медицинских услуг, оказанных в рамках настоящего Договора;

3) обратиться в территориальный уполномоченный орган Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

4) обжаловать действие (бездействие) медицинских и фармацевтических работников Субъекта здравоохранения в вышестоящем органе и (или) в судебном порядке.

3.5. Стороны Договора имеют иные права и несут иные обязанности, прямо или косвенно вытекающие из условий настоящего Договора.

4. Конфиденциальность

4.1. Субъект здравоохранения хранит 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).

4.2. С письменного согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

4.3. Субъект здравоохранения гарантирует, что сбор и обработка персональных данных Пациента осуществляется с соблюдением принципов конфиденциальности в соответствии законодательству Республики Казахстан.

4.4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, прямо предусмотренных законодательством Республики Казахстан.

5. Порядок действия Договора

5.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания Пациентом и полномочным представителем Субъекта здравоохранения и действует до _____ 20__ года или полного оказания услуг по Договору (в зависимости от того, что наступит ранее).

Обязательным условием для прекращения действия Договора является проведение полных взаиморасчетов Сторон Договора.

5.2. Настоящий Договор отражает договоренности между Сторонами Договора в полном объеме. После подписания Договора утрачивают силу все предыдущие переговоры, а также переписка, имевшие место между Сторонами Договора.

5.3. Изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся по взаимному согласию Сторон Договора, оформленному соответствующим соглашением Сторон Договора и,

входящим в настоящий Договор в качестве неотъемлемой части, обладающей одинаковой с настоящим Договором юридической силой с момента подписания соглашения.

5.4. Действие настоящего Договора может быть прекращено по обоюдному согласию Сторон Договора либо по инициативе любой из Сторон Договора. Для одностороннего отказа от Договора Стороне Договора – инициатору прекращения Договора будет достаточным передать второй Стороне Договора уведомление за ___ календарных дней до дня расторжения.

5.5. Субъект здравоохранения и Пациент обязуются прилагать все усилия к тому, чтобы разрешать в процессе прямых внесудебных переговоров все разногласия или споры, возникающие между ними по Договору или в связи с ним.

Переговоры должны начаться не позднее ___ календарных дней со дня официального уведомления о наличии спора, направленного любой из Сторон Договора другой стороне. Переговоры проводятся по адресу, согласованному (устно или письменно) Сторонами Договора и в установленное (устно или письменно) Сторонами Договора время. Если в течение десяти календарных дней после начала таких переговоров Заказчик и Исполнитель не могут разрешить спор по Договору, любая из Сторон Договора вправе обратиться за разрешением спора в судебные инстанции (включая третейский суд).

5.6. По взаимному согласию Сторон Договора настоящий Договор (включая приложения, прямо отнесенные Сторонами Договора к неотъемлемым частям Договора) составлен в двух, обладающих одинаковой юридической силой, печатных экземплярах (один – Субъекту здравоохранения, один – Пациенту) на _____ языке (языках) и подписан обеими Сторонами Договора с постраничным визированием без изменений и изъятий. При этом требования о переводе текста настоящего Договора, а равно его приложений (полностью либо частично) на другие языки ни одна из Сторон Договора не заявляла.

Вся последующие приложения к Договору, а равно переписка и другая документация, которой обмениваются в рамках Договора Стороны Договора, кроме случаев, когда иное будет заявлено какой-либо Сторон Договора, проводится на _____ языке (языках) без перевода на другие языки.

6. Юридические адреса и реквизиты Сторон Договора

6.1. Субъект здравоохранения: ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент, Республика Казахстан, город Шымкент, _____, БИН _____, ИИК KZ _____, в _____, БИК _____, КБЕ _____, тел./факс: _____, e-mail: _____.

6.2. Пациент: _____
фамилия, имя, отчество (если указано в документе, удостоверяющем личность)

наименование, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность

адрес постоянного места жительства,

ИИН _____.

7. Лечащий (персональный) врач и взаимозаменяемость

7.1. Указывается ФИО, должность, подпись и дата подписания основного индивидуального врача: _____.

Подписание будет означать согласие основного индивидуального врача на участие в оказании платных услуг Пациенту.

7.2. Указывается ФИО, должность, подпись и дата подписания, заменяющего индивидуального врача № 1: _____.

Подписание будет означать согласие заменяющего индивидуального врача № 1 на участие в оказании платных услуг Пациенту, в случае невозможности участия основного индивидуального врача.

7.3. Указывается ФИО, должность, подпись и дата подписания, заменяющего индивидуального врача № 2: _____

Подписание будет означать согласие заменяющего индивидуального врача № 2 на участие в оказании платных услуг Пациенту, в случае невозможности участия основного индивидуального врача и/или заменяющего индивидуального врача № 1.

8. Подписи Сторон Договора

От Субъекта здравоохранения	Пациент
Главный врач _____	_____
М.П.	
«__» _____ 20... года	«__» _____ 20... год



Приложение № 1

к Типовому договору платного стационарного лечения в ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент

**Перечень
платных медицинских услуг, оказываемых по Договору**

1. На основании назначения лечащего врача _____ (Ф.И.О.) Пациенту - _____ (Ф.И.О.) в рамках Договора платного стационарного лечения № _____ от «__» _____ 20__ года будут оказаны нижеследующие платные медицинские услуги:

- 1) _____ (описание услуги, включая количество процедур, продолжительность, использование медицинского оборудования и т.п.);
- 2) _____ (описание услуги, включая количество процедур, продолжительность, использование медицинского оборудования и т.п.);

2. На основании назначения лечащего врача _____ (Ф.И.О.) при оказании Пациенту _____ (Ф.И.О.) платных медицинских услуг в рамках Договора платного стационарного лечения № _____ от «__» _____ 20__ года будут использованы нижеследующие лекарственные средства и препараты, не предусмотренные перечнем бесплатной лекарственной помощи в рамках ГОБМП и ОСМС:

- 1) _____ (наименование лекарственного средства, количество, концентрация и т.п.);
- 2) _____ (наименование лекарственного средства, количество, концентрация и т.п.);

Наряду с вышеуказанными лекарственными средствами и препаратами, при лечении могут применяться лекарственные средства и препараты, предоставленные Пациентом.

Настоящий перечень является неотъемлемой частью Договора платного стационарного лечения № _____ от «__» _____ 20__ года.

Перечень согласовали и утвердили без изменений и изъятий.

От Субъекта здравоохранения	Пациент
Главный врач _____	_____
М.П. «__» _____ 20... года	«__» _____ 20... год

2) бережно относиться к имуществу Субъекта здравоохранения;

2.4. Пациент вправе получить Услуги в полном объеме и в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.5. Стороны Договора имеют иные права и несут иные обязанности, прямо или косвенно вытекающие из условий настоящего Договора.

2.6. Стороны Договора принимают на себя обязательства не допускать действия или бездействия, способных нанести имущественный ущерб и/или неимущественный вред другой Стороне Договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость Услуг, предоставляемых Субъект здравоохранения Пациенту по настоящему Договору составляет _____ (_____), в том числе 12 % НДС. Указанная сумма включает в себя все расходы Субъект здравоохранения, прямо связанные с оказанием Услуг, а также причитающееся Субъекту здравоохранения вознаграждение.

3.2. Оплата по настоящему Договору производится в срок до _____ года.

3.3. В случае продления срока предоставления Пациенту Услуг, производится дополнительная оплата пропорционально сроку продления.

3.4. В случае досрочного прекращения (расторжения) настоящего Договора Субъект здравоохранения возвращает Пациенту уплаченные авансом деньги за вычетом стоимости фактически оказанных Услуг до дня расторжения настоящего Договора.

4. ПОРЯДОК И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ВОПРОСЫ ЕГО ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ (РАСТОРЖЕНИЯ)

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его полномочным представителем Субъект здравоохранения и Пациентом и действует до _____ года.

4.2. Прекращение (расторжение) допускается по обоюдному соглашению Сторон Договора либо в одностороннем порядке.

В одностороннем порядке Договор прекращается (расторгается):

1) по аргументированному устному или письменному заявлению Пациента в срок не ранее 1 часа и не позднее 6 часов с момента уведомления Субъект здравоохранения;

2) по аргументированному письменному уведомлению Субъект здравоохранения в срок не позднее 3 часов с момента вручения уведомления Пациенту.

4.3. В случае досрочного прекращения настоящего Договора, Стороны Договора обязуются произвести взаиморасчеты в течении пяти календарных дней со дня его прекращения.

4.4. Споры и разногласия Сторон Договора по настоящему Договору разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан.

4.5. По взаимному согласию Сторон Договора настоящий Договор (включая приложения, прямо отнесенные Сторонами Договора к неотъемлемым частям Договора) составлен в двух, обладающих одинаковой юридической силой, печатных экземплярах (один – Субъекту здравоохранения, один – Пациенту) на _____ языке (языках) и подписан обеими Сторонами Договора с постраничным визированием без изменений и изъятий. При этом требования о переводе текста настоящего Договора, а равно его приложений (полностью либо частично) на другие языки ни одна из Сторон Договора не заявляла.

Вся последующие приложения к Договору, а равно переписка и другая документация, которой обмениваются в рамках Договора Стороны Договора, кроме случаев, когда иное будет заявлено какой-либо Сторон Договора, проводится на _____ языке (языках) без перевода на другие языки.

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН ДОГОВОРА

5.1. Субъект здравоохранения: ГКП на ПХВ «Городской родильный дом» управления здравоохранения города Шымкент, Республика Казахстан, город Шымкент, _____,

БИН _____, ИИК KZ _____, В _____, БИК _____, КБЕ _____,
 тел./факс: _____, e-mail: _____.

5.2. Пациент: _____

фамилия, имя, отчество (если указано в документе, удостоверяющем личность)

наименование, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность

адрес постоянного места жительства,

ИИН _____.

6. Подписи Сторон Договора

От Субъекта здравоохранения	Пациент
Главный врач _____	_____
М.П. «__» _____ 20... года	«__» _____ 20... год



Приложение №1
к Договору о возмездном
оказании дополнительных сервисных
услуг условиях стационара

**Перечень
дополнительных услуг медицинского и иного сервиса,
оказываемых Пациенту по Договору**

№ п/п	Наименование услуги	Единица измерения	Объем услуги	Стоимость услуги**
1	2	3	4	5
1.	Предоставление койко-места в палате повышенной комфортности	сутки	___ суток*	
2	Услуги привлечения профессионального партнёра при родах***			
...				
ИТОГО				

Общая стоимость Услуг составляет _____ (_____) тенге.

* минимальный объем услуги –сутки;

** стоимость Услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на дату заключения Договора.

*** Услуги привлечения профессионального партнёра при родах предоставляется Пациенту на платной основе. При этом, Пациент имеет право привлечь на бесплатной основе одного партнера при родах.

Перечень согласовали и утвердили без изменений и изъятий.

От Субъекта здравоохранения	Пациент
Главный врач _____	_____
М.П. « ___ » _____ 20... года	« ___ » _____ 20... год