

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр на водительское удостоверение (нужное подчеркнуть) срок прохождения медицинского осмотра -1 месяц(с момента прохождения мед.осмотра)**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость, руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача –терапевта участкового профилактический	135,00
2	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – невролога	117,00
3	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – отоларинголога	123,00
4	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – офтальмолога	113,00
5	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра	127,00
6	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра-нарколога	122,00
7	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина(CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	4200,0
8	химико-токсикологическими исследованиями мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов	1184,0

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в и. о. лице главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр на водительское удостоверение (нужное подчеркнуть) срок прохождения медицинского осмотра -1 месяц(с момента прохождения мед.осмотра)**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость, руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача –терапевта участкового профилактический	135,00
2	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – невролога	117,00
3	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – отоларинголога	123,00
4	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – офтальмолога	113,00
5	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра	127,00
6	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра-нарколога	122,00
7	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина(CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	4200,0
8	химико-токсикологическими исследованиями мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов	1184,0

2. Заказчик обязуется оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги, согласно прейскуранта цен, утвержденного Министерством здравоохранения Красноярского края, до исполнения услуги путем внесения денежных средств на указанный Исполнителем счет, на котором в соответствии с законодательством Российской Федерации учитываются операции со средствами, поступающими Исполнителю.
3. До начала оказания услуги представитель Исполнителя информирует Заказчика о технологии проведения наступления возможных последствий после проведения той или иной услуги.
4. Исполнитель обязан обеспечить соответствие оказанных медицинских услуг установленным профессиональным стандартам.
5. Услуги предоставляются Исполнителем в согласованные с Заказчиком сроки и время.
6. Оказанные услуги осуществляются Исполнителем только после оплаты их Заказчиком.
7. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика в соответствии с действующим законодательством РФ.
8. Заказчик несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, в соответствии с действующим законодательством РФ.
9. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, а также в рамках действующего законодательства.
10. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
11. Все претензии и споры, возникшие между исполнителем и Заказчиком, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.
12. Заказчик обязуется выполнять требования, предъявленные Исполнителем, обеспечивающее качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
13. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
14. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:

И.о главный врач

_____ Я,В Дергунов

Заказчик:

_____/_____
подпись Ф.И.О.
« » _____ 20__ г.

2. Заказчик обязуется оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги, согласно прейскуранта цен, утвержденного Министерством здравоохранения Красноярского края, до исполнения услуги путем внесения денежных средств на указанный Исполнителем счет, на котором в соответствии с законодательством Российской Федерации учитываются операции со средствами, поступающими Исполнителю.
3. До начала оказания услуги представитель Исполнителя информирует Заказчика о технологии проведения наступления возможных последствий после проведения той или иной услуги.
4. Исполнитель обязан обеспечить соответствие оказанных медицинских услуг установленным профессиональным стандартам.
5. Услуги предоставляются Исполнителем в согласованные с Заказчиком сроки и время.
6. Оказанные услуги осуществляются Исполнителем только после оплаты их Заказчиком.
7. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика в соответствии с действующим законодательством РФ.
8. Заказчик несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, в соответствии с действующим законодательством РФ.
9. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, а также в рамках действующего законодательства.
10. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
11. Все претензии и споры, возникшие между исполнителем и Заказчиком, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.
12. Заказчик обязуется выполнять требования, предъявленные Исполнителем, обеспечивающее качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
13. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
14. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:

И.о главный врач

_____ Я,В Дергунов

Заказчик:

_____/_____
подпись Ф.И.О.
« » _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« _____ » _____ 2023г. Подпись _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 2023г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр на военно-врачебную комиссию (нужное подчеркнуть) сроком на один месяц с момента оказания платных медицинских услуг**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость, руб.
1	Анализ мочи общий	94,0
2	Клин.ан.крови развернутый	192,0
3	ЭКГ с нагрузкой	67,0
4	Р-графия придаточных пазух носа	209,0
5	Исследование уровня глюкозы в крови	77,0
6	ХТИ на наличие наркот.средств,психотр.веществ и их метаболитов	1184,0
7	ЭКГ в покое	67,0

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« _____ » _____ 2023 г. Подпись _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 2023 г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр на военно-врачебную комиссию (нужное подчеркнуть) сроком на один месяц с момента оказания платных медицинских услуг**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость, руб.
1	Анализ мочи общий	94,0
2	Клин.ан.крови развернутый	192,0
3	ЭКГ с нагрузкой	67,0
4	Р-графия придаточных пазух носа	209,0
5	Исследование уровня глюкозы в крови	77,0
6	ХТИ на наличие наркот.средств,психотр.веществ и их метаболитов	1184,0
7	ЭКГ в покое	67,0

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« ____ » _____ 20 г. Подпись _____

Договор № _____ от « ____ » _____ 20 г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр для приобретения лицензии на оружие(частного охранника) (срок прохождения медицинского осмотра -1 месяц)**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость,руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – офтальмолога	113,00
2	Медицинское освидетельствование врачом психиатром-наркологом (химико-токсикологическими исследованиями мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов)	1306,0
3	Комплексное психиатрическое освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием	1110,0
4	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина(CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	4200,0

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« ____ » _____ 20 г. Подпись _____

Договор № _____ от « ____ » _____ 20 г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр для приобретения лицензии на оружие(частного охранника) (срок прохождения медицинского осмотра -1 месяц)**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость,руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – офтальмолога	113,00
2	Медицинское освидетельствование врачом психиатром-наркологом (химико-токсикологическими исследованиями мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов)	1306,0
3	Комплексное психиатрическое освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием	1110,0
4	Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина(CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза	4200,0

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и. о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича, действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

_____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр периодический(предварительный), (нужное подчеркнуть) срок прохождения медицинского осмотра -1 месяц**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость, руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -профпатолога	123,00
2	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -акушера -гинеколога	148,00
3	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -дерматовенеролога	121,00
4	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -терапевта участкового профилактический	135,00
5	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – хирурга	118,00
6	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – невролога	117,00
7	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – отоларинголога	123,00
8	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – офтальмолога	113,00
9	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра	127,00
10	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра-нарколога	122,00
11	Профилактический прием (осмотр,консультация)врача-стоматолога-терапевта	132,00
12	Общий клинический анализ крови развернутый	192,00

Ф.И.О. _____
Адрес _____
Телефон _____

Заявление

Прошу оказать на платной основе в предложенное мне время медицинские услуги, перечисленные в договоре.

Я предупрежден(а) о возможности получения данных медицинских услуг бесплатно при наличии полиса ОМС в порядке существующей очередности, в рамках объемов и условий территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

КГБУЗ «Дзержинская РБ», Красноярский край, с. Дзержинское, ул. Больничная, 39, ОГРН 1022400649897 выдан 10.01.1994г. Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 8 по Красноярскому краю, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и. о. главного врача Дергунова Ярослава Викторовича , действующей на основании Устава и лицензии на осуществления медицинской деятельности № Л041-01019-24/00338661 выданной 17.01.2020г. Министерством здравоохранения Красноярского края (г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3, тел.: 8 391 211-51-51), с одной стороны, и гр./Ф.И.О., адрес, телефон/ _____

_____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию следующих видов медицинских услуг (далее по Договору «услуги») на платной основе: **мед.осмотр периодический(предварительный), (нужное подчеркнуть) срок прохождения медицинского осмотра -1 месяц**

№ п/п	Наименование медицинской услуги(нужное отметить)	стоимость, руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -профпатолога	123,00
2	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -акушера -гинеколога	148,00
3	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -дерматовенеролога	121,00
4	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача -терапевта участкового профилактический	135,00
5	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – хирурга	118,00
6	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – невролога	117,00
7	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – отоларинголога	123,00
8	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – офтальмолога	113,00
9	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра	127,00
10	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача – психиатра-нарколога	122,00
11	Профилактический прием (осмотр,консультация)врача-стоматолога-терапевта	132,00
12	Общий клинический анализ крови развернутый	192,00

