Приложение № 1

к приказу № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Консультативная поликлиника**

Договор

на оказание платных медицинских услуг

г. Калининград «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области»,** расположенное по адресу: г. Калининград, ул. Дм. Донского, 23; Дм. Донского, 27; свидетельство инспекции МНС России по Октябрьскому району г. Калининграда серия 39 №000632400 о внесении записи в ЕГРЮЛ, дата внесения записи 29.11.2002г.; лицензия № ЛО-39-01-001874 от 15.02.2018г. (на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») по:

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; травматологии и ортопедии. При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, гистологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, диабетологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, неонаталогии, нефрологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, патологической анатомии, педиатрии, психиатрии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, сурдологии-оториноларингологии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии, эпидемиологии. При оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, по: анестезиологии и реаниматологии. При оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: травматологии и ортопедии. При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым). При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности. При осуществлении доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, медицинской статистике, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, сурдологии-оториноларингологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, функциональной диагностике, челюстно-лицевой хирургии, эндоскопии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: офтальмологии, травматологи и ортопедии, детской хирургии. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности) выдана Службой по контролю качества медицинской помощи и лицензированию Калининградской области, г. Калининград, Московский проспект, 95, тел. +7 (4012) 46-53-34, +7 (4012) 46-53-11);

 в лице главного врача Малярова А.М. действующего на основании Устава учреждения, именуемого в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, **и гражданин (гражданин РФ, гражданин иного государства, лицо без гражданства)** (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

проживающ(-ий),(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (место жительства (полностью), номер телефона)

именуем(-ый), (-ая) в дальнейшем **"Заказчик",**являющийся законным представителем

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

мать, отец и др.степень родства, опекун

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ф.и.о. ребенка полностью, дата рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее-«Пациент»)

**с другой стороны**, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем.

 1. Предмет договора, срок оказания услуг.

 1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту по желанию Заказчика платные медицинские услуги, указанные в п. 1.2. Договора, (далее - Услуги), отвечающие установленным требованиям, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, предусмотренных настоящим Договором и действующим у Исполнителя прейскурантом цен.

 1.2. Перечень услуг, оказываемых Пациенту Исполнителем по настоящему Договору:

**Консультативный прием врачом**- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование специальности врача, ф.и.о.)

 1.2.1.По результатам консультативного приема врачом определяется необходимый перечень диагностических и лабораторных исследований, который указывается в приложении № 1 к настоящему Договору с определением срока и стоимости каждого исследования, которое подписывается сторонами договора.

 1.2.2.При необходимости повторного исследования или дополнительных исследований стороны подписывают дополнение к Приложению № 1 к Договору с указанием срока и стоимости этих исследований.

1.3. Срок оказания консультативной услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Дата, время

В результате оказания медицинских услуг Исполнителем Заказчику выдается медицинское заключение.

*При заключении Договора до меня доведена информация о возможности получения указанных в п. 1.2. настоящего Договорамедицинских услуг****бесплатно,****оказываемых согласно территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

Подпись\_Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. Заказчика

2. Права и обязанности сторон.

 2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Дать письменное согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных Пациента.

2.1.2. Дать информированное добровольное согласие на обследование и медицинское вмешательство.

2.1.3.Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанные в п. 3 настоящего Договора.

2.1.4. До начала оказания услуги сообщить врачу сведения о наличии у Пациента

 инфекционных заболеваний, аллергических реакций или противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств или процедур.

2.1.3. Выполнять рекомендации медицинского персонала Исполнителя во время получения услуги, обеспечивающие качественное предоставление услуги.

2.1.4. Соблюдать правила поведения пациентов в общественных местах, режим работы медицинского учреждения.

 2.2. Заказчик имеет право:

2.2.1. Получить от Исполнителя полную достоверную информацию об объеме и условиях оказания услуги, включая сведения о квалификации врача, наличии лицензии на оказание данной услуги, стоимости услуги.

2.2.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья Пациента, данные диагностических обследований, результаты анализов и т.д.

2.2.3. Отказаться от получения услуги до момента ее начала или до момента завершения с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги, а также оплаты оказанных без его согласия услуг, а если они уже оплачены – потребовать возврата уплаченных за них сумм.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи в срок, указанный в п. 1.3. настоящего Договора.

2.3.2. Соблюдать конфиденциальность информации о состоянии здоровья Пациента (врачебную тайну).

 2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. В одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнение обязательств по настоящему договору при неисполнении Заказчиком своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику стоимость услуг, указанных в п. 3.1. настоящего договора, за вычетом фактически понесенных затрат.

2.4.2. Исполнитель не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае угрозы жизни и здоровью Пациента.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость Услуг, указанных в пункте 1.1. настоящего договора, устанавливается действующим прейскурантом

цен и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты путем внесения наличных денежных средств в терминал Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Стороны не несут ответственности за нарушение выполнения своих обязательств по настоящему договору вследствие возникновения обстоятельств непреодолимой силы.

5. Срок действия договора.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и завершается получением Заказчиком Услуги.

5.2. Подтверждением получения Заказчика Услуги является выдача Исполнителем заключения по результатам диагностического обследования Пациента.

6. Заключительные положения.

6.1. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон. Отказ от исполнения договора в одностороннем порядке осуществляется в соответствии с пунктами 2.2.3., 2.4.1., 2.4.2.

6.2. Договор составлен и подписан в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.3. Любые изменения к договору оформляются дополнительным соглашением (соглашениями).

7. Адреса и платежные реквизиты сторон.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ИсполнительДетская областная больница 236017, г. Калининград,  ул. Дмитрия Донского, 23ИНН/КПП 3905010466 / 390601001Счет 40601810400001000001УФК по Калининградской области(ОК 24, Детская областная больница,л/с 20356Х69140)Отделение Калининград г.КалининградБИК 042748001

|  |
| --- |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М.Маляров М.П.  |

 |

 | Заказчик Паспортные данные

|  |  |
| --- | --- |
|  | серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ф.и.о. |

**Подтверждение Заказчиком получения услуги**:

1. Исполнителем были выполнены работы и оказаны Заказчику услуги, указанные в п. 1.1 Договора.

2. Выполненные работы и оказанные услуги соответствуют требованиям, установленным условиями договора, выполнены в срок, оформлены в надлежащем порядке и полностью приняты Заказчиком.
Заказчик не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема выполненных работ и оказанных услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Ф.И.О.

**В случае необходимости указать иное**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ и дата платежного документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

 К договору на оказание платных медицинских услуг

 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. между

 ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской

 области и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень

Диагностических и лабораторных исследований

(к пункту 1.2.1.Договора)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование исследований | Стоимость | Срок проведения исследования |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М.Маляров | Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) |

 Дополнение к ПРИЛОЖЕНИЮ № 1

 К договору на оказание платных медицинских услуг

 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. между

 ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской

 области и

гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень

Повторных и дополнительных

диагностических и лабораторных исследований

(к пункту 1.2.2.Договора)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование исследований | Стоимость | Срок проведения исследования |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.М.Маляров |  Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)(ф.и.о.)  |