УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя или Представителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, нарушение режима стационара, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой негативные последствия в виде невозможности оказания медицинской услуги в установленный срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Потребитель или Представитель (Заказчик): Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Договор N   
на оказание платных медицинских услуг**

г. Хабаровск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБУЗ «ККБ №2»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице менеджера по организации внебюджетной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ назначенной на должность приказом № \_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., действующей на основании доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и гражданин(ка) (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или его Представитель (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на основании документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **Понятия, используемые в настоящем Договоре**
   1. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

- Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

- Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=CF5D2DFA8F113463BC51E93B3189114C370698A1D535A9FD92861FF185399E61B376A13DF01FED0F3552BCB075J0y2G) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю (пациенту);

**-** Представитель – родственник или лицо, пожелавшее оплатить лечение Потребителя

1. **Предмет договора**
   1. По настоящему Договору Исполнитель на основании добровольного обращения Потребителя или Представителя предоставляет платные медицинские услуги по своему профилю деятельности на основании [перечня](consultantplus://offline/ref=8E14797606CE939A4FCFDA00C69A75E584FD02EE215A76AEB8BA477A8D525F61132A579431A2BD9A73468F5FD3CC44363E1DF763C174E92CL8QDW) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно Прейскуранта цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), действующем на дату заключения Договора и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя, а Потребитель или Представитель обязуется оплатить оказанные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Код мед. услуги | Кол-во | Цена | Сумма |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |  |

* 1. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Хабаровского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.
  2. Не допускается отказ Исполнителя от заключения Договора при наличии возможности оказать соответствующие услуги.

1. **Условия и порядок оказания услуг**
   1. Услуги Потребителю оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доведен до сведения Потребителя до заключения договора.
   2. Дополнительные услуги, не предусмотренных пунктом 2.1. настоящего договора, оказываются с письменного согласия сторон и оформляется дополнительным соглашением к Договору. Дополнительные услуги оплачиваются Потребителем или Представителем дополнительно согласно прейскуранту.
   3. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе оказывать дополнительные услуги.
   4. Потребитель имеет право на получение консультаций врачей-специалистов (привлечение третьих лиц). Привлечение третьих лих осуществляется с согласия Потребителя.
   5. Исполнитель по требованию Потребителя обязан выдать «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации» установленной формы.
   6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=13660917159302F5535AE7888AA090483A27834D663CBFFE0F63668027DFD36F2104AA39BBB223B2CB60D5A6FCx0NDD) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (при отсутствии полиса ОМС специализированная медицинская помощь).
   7. В случае отказа Потребителя или Представителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.
   8. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю ([законному представителю](consultantplus://offline/ref=6208FD6D445159C176E219F58CCE4A7D0E0234D311030D58F1AB7A7DD58C76071F1950F4DF7CD6B3D645815A707D7F7B8F7288452C20F0f0jCD) потребителя) копии медицинских документов, (выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
2. **Порядок расчетов**
   1. Потребитель оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утверждённому Исполнителем.
   2. Потребитель оплачивает 100% предварительную стоимость медицинских услуг
   3. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Потребителем в случае оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе Потребителя.
3. **Права и обязанности сторон**
   1. Исполнитель обязан:
      1. Своевременно и качественно оказать Потребитель медицинские услуги в установленный договором срок;
      2. Предоставить Потребитель доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;
      3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
      4. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о лицензии на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, режиме стационара, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;
      5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;
      6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию;
      7. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя, и предоставлять ее без согласия Потребителя только в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Потребителем в пункте 3.8. настоящего договора.
   2. Исполнитель имеет право:
      1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;
      2. Привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц;
      3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;
      4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Потребителю стоимости оплаченной услуги;
      5. Требовать от Потребителя полной оплаты оказанных услуг.
   3. Потребитель обязан:
   4. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую или иную услугу в сроки и в порядке, определенном Договором, путем безналичных перечислений или внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
      1. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);
      2. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Потребителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;
      3. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителю времени получения медицинской услуги.
   5. Потребитель имеет право:
      1. Отказаться от оплаты оказанных без его согласия медицинских или иных услуг, связанных с оказанием медицинских услуг, а если они уже оплачены, - потребовать возврата уплаченных за них сумм.
      2. На любом этапе действия Договора отказаться от его исполнения, оплатив Исполнителю расходы и затраты на медицинские или иные услуги связанные с исполнением Договора, оказанные до отказа Потребителя и возместив Исполнителю расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения Договора, если они не входят в указанную часть цены услуги.
      3. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;
      4. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с учетом возмещения Исполнителю фактически понесенных затрат.

**Информация о предоставляемых услугах.**

Исполнитель зарегистрирован в налоговом органе, Сведения о свидетельстве, подтверждающем факт внесения записи в ЕГРЮЛ - серия 27, номер 001012426 и дата выдачи 01.11.2002 , имеет бессрочную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-27-01-002593 от 01.08.2018г., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, расположенного по адресу г. Хабаровск ул.Муравьёва-Амурского,32. телефон (4212) 32-66-29, (4212) 32-86-16 – факс. Перечень работ (услуг), составляющий медицинскую деятельность Исполнителя прописан в данной лицензии, представленной для ознакомления Потребителю на сайте [http://kkb2khv.ru/](https://checklink.mail.ru/proxy?es=UQJmnNQchlvbMXtyKYq4rhhbn%2FAdGif813MHqJ%2F0%2Bj4%3D&egid=li%2BZrbuBDvH%2F7SumClRlHLYDEwE4V7p4KczSEBuxfp4%3D&url=https%3A%2F%2Fclick.mail.ru%2Fredir%3Fu%3Dhttp%253A%252F%252Fkkb2khv.ru%252F%26c%3Dswm%26r%3Dhttp%26o%3Dmail%26v%3D2%26s%3D50aeabb0937d080f). и в печатном виде на стенде платных услуг.

* 1. Потребитель уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги входит в программу ОМС и финансируется из средств ОМС, однако заявляет о своем праве на получение услуги за счет собственных средств.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Фамилия, имя, отчество, подпись Потребителя)

* 1. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Потребителя и устанавливает отсутствие противопоказаний.
  2. Началом предоставления медицинской услуги считается:
     1. при стационарном лечении – дата госпитализации;
     2. при амбулаторном лечении – дата первичного осмотра.
     3. при диагностическом исследовании – дата проведения.
     4. при консультации – дата проведения.
  3. Продолжительность оказания услуги отражается в медицинских документах.
  4. Потребителю по его требованию может выдаваться листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.
  5. Потребитель информирован:
     1. О возможных (но не обязательных) осложнениях, связанных с предоставлением медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью. В случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия (специализированная медицинская помощь при отсутствии полиса ОМС), направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.
     2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

1. **Ответственность сторон**
   1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора, Потребитель вправе по своему выбору потребовать:
      1. Назначения нового срока оказания услуги;
      2. Уменьшения стоимости предоставленных услуг;
      3. Исполнения услуги другим специалистом;
      4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных Потребителем расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.
   2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие нарушения режима стационара Потребителем, непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
2. **Срок действия договора, порядок его расторжения**
   1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.
   2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.
   3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
3. **Прочие условия**
   1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке
   2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.
4. **Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Исполнитель: КГБУЗ «ККБ №2» ИНН/ КПП: 2723013894/272301001 Реквизиты банка:  Отделение Хабаровск БИК: 040813001 ЛИЦЕВОЙ СЧЕТ: 20226Ц04330 Р/С: 40601810000001000001 Адрес:680030 г.Хабаровск, ул. Павловича 1Б | | | | | Заказчик (Потребитель или Представитель): | | |  |  |
|  | | | | | | | |
| Подписи Сторон: | | | | | | |  |
|  | | | | | | |
| От Исполнителя: |  | | Потребитель: | | |  |
|  |  | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  подпись Ф.И.О  м.п. | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )  подпись Ф.И.О  м.п. | | |