Приложение N 1

к Приказу ГБУЗ РТ

«Перинатальный центр РТ»

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г. № \_\_\_\_

**ДОГОВОР**

**ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫМ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР РЕСПУБЛИКИ ТЫВА»**

г. Кызыл «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 г.

Бюджетное государственное учреждение здравоохранения Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» в дальнейшем - Исполнитель, в лице главного врача Хопуя Шолбана Ховалыговича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(фамилия, имя,отчество)

В дальнейшем - Пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

* 1. На основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания Пациента, Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает следующие медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом стоимости)

1.2.Срок оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Обязанности Исполнителя**

* 1. Нести ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок оказания медицинской услуги.
  2. Оказывать медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.
  3. Создать условия для организации и проведения платных медицинских услуг.
  4. Выдать Пациенту документ (бланк строгой отчетности), подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя или через материально-ответственное лицо.
  5. Сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента.
  6. В случае невыполнения обязательств договора по вине Исполнителя вернуть Пациенту денежные средства в соответствии с Порядком осуществления возврата излишне уплаченных в доход Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» сумм (при наличии документов, подтверждающих невыполнение обязательств Исполнителем).

**3. Обязанности Пациента**

1. Сообщить лечащему врачу всю достоверную ему информацию о состоянии своего здоровья.
2. Произвести оплату и предоставить квитанцию об оплате для получения необходимой медицинской услуги.
3. Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.
4. Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

**4**. **Права Исполнителя и Пациента**

* 1. Пациент имеет право:
* на предоставление информации о медицинской услуге.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:

* назначить новый срок оказания медицинской услуги;
* потребовать исполнения услуги другим специалистом;
* потребовать возврата денежных средств;
* расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка или ущерба в установленном законом порядке.
  1. Исполнитель имеет право отказать:
* в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента;
* в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Пациента;
* в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента;
* в возврате денежных средств при неоказании или оказании некачественной платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обязательств, предусмотренных законом;
* в возврате денежных средств в связи с необоснованностью жалобы (но решению клинико-экспертной комиссии).

В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, Исполнитель имеет право самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором, которые дополнительно не оплачиваются.

**5. Оплата услуг**

1. Стоимость оказываемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг, утвержденного приказом главного врача ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ», и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Оплата производится на условиях 100% предоплаты на лицевой счет Исполнителя, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя или через материально-ответственных лиц, с которыми заключены договора по принятию платы за медицинские услуги (нужное подчеркнуть), с предъявлением Исполнителю документа, подтверждающего произведенную оплату.

В случае возникновения необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактически оказанным объемам услуг на основании дополнительного письменного соглашения к настоящему договору.

5.3. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным прейскурантом. Изменение стоимости услуги оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

**6. Ответственность сторон**

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Пациент несут ответственность, предусмотренную договором и действующим законодательством РФ.
2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.
3. Пациент обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Пациента.
4. Претензии и споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем, разрешаются, но соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

**7. Срок действия договора и другие условия**

1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.
2. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения по письменной договоренности сторон.
3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

8. Подписи сторон

Исполнитель: Пациент:

Государственное бюджетное учреждение Ф.И.О.

здравоохранения Республики Тыва

«Перинатальный центр Республики Тыва»

г. Кызыл, ул. Оюна-Курседи д. 159 «а» (паспортные данные) серия

Главный врач Хопуя Шолбан Ховалыгович № выдан

ИНН 1701026425 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 170101001 адрес:

ОГРН 1021700514021

р/сч. 40601810600001000001 в ГРКЦ НБ

Республики Тыва Банк России г. Кызыл

БИК 049304001

л/сч. 22126Ц15590 в УФК по Республике Тыва

(Государственное бюджетное учреждение

здравоохранения Республики Тыва

«Перинатальный центр Республики Тыва»)

ОКАТО 93401000000 ОКВЭД 86.10

Приложение

к Договору об оказании платных медицинских услуг

Главному врачу ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» Ш. X. Хопуя

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

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

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

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

(паспортные данные)

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

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

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

(адрес места жительства)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вашего разрешения на предоставление мне следующих медицинских услуг на платной основе:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N Стоимость услуги, руб.  п/п | Наименование платной медицинской услуги | Стоимость услуги, руб. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

С правилами предоставления платных услуг Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Тыва «Перинатальный центр Республики Тыва» ознакомлен. Оплата будет произведена (подчеркнуть):

а) наличными

б) по перечислению

« » 2017 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Утвержден

Приказом Министерства здравоохранения

Республики Тыва

от «\_\_\_ » \_\_\_\_2016 г. №\_\_\_

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ\*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента/представителя полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных

медицинских услуг по договору №\_\_\_\_\_\_\_\_от " " 20\_ года.

Мне разъяснено и понятно право пациента на получение бесплатной медицинской помощи, в объемах предусмотренных программой государственных гарантий.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. и действует бессрочно.

Пациент

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись пациента/законного представителя/представителя

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

Реквизиты документа представителя пациента

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

\*Примечание. Согласие оформляется в медицинской организации (в поликлинике, стационаре), а в случае экстренной госпитализации в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни – в приемном отделении стационара. Согласие оформляется в единственном экземпляре перед заключением с пациентом договора на оказание платных медицинских услуг и хранится вместе с экземпляром договора медицинской организации.