**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_**

на оказание платных медицинских услуг

г. Петровск « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

 **ГУЗ СО«Петровская РБ»** РФ,412540, Саратовская область, г. Петровск, ул. Красноармейская, 14, лист записи ЕГРЮЛ от 26.03.2015г. выдан Межрайонной ФНС №19 по Саратовской области, именуемая в дальнейшем **Исполнитель**, в лице ответственного за оказание платных медицинских услуг Тарасова Валерия Петровича, действующего на основании доверенности от 17.04.2017г., Устава и лицензии ЛО-64-01-003404 от12.05.2016г.выдана МЗ Саратовской области, г Саратов, ул. Железнодорожная, д.72,к. 2, тел.(8452)50-63-53 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), дерматовенерологии, детской хирургии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, рентгенологии, стоматологии общей практики, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров: по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приёмные родители, медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФ, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности,с одной стороны, и

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

именуемый в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, вместе именуемые **Стороны,** заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1 Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг.

**Заказчик** поручает, а **Исполнитель** обязуется оказать «Заказчику» платную(ые)медицинскую(ие) услугу(и): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1.2 Срок оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

- обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о режиме работы учреждения, о видах медицинских услуг оказываемых бесплатно, об утвержденном перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, о льготах для отдельных категорий граждан, о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги;

- оказывать качественные медицинские услуги в установленный договором срок, в соответствии с медико-экономическими стандартами, утвержденными на территории области, а также нормативными документами, действующими в системе здравоохранения;

-обеспечивать выполнение прав «Заказчика», предусмотренных законодательством о защите прав потребителей

- оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией и утвержденным Перечнем медицинских услуг;

- сохранить конфиденциальность информации о здоровье Заказчика в рамках конституционно установленной.

2.2 Исполнитель имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.3. Заказчик обязан: - предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных

заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; - строго выполнять медицинские предписания; - соблюдать лечебно-охранительный режим и во время нахождения на территории Исполнителя выполнять Правила поведения пациентов;

-в случае отказа от медицинских услуг(части услуг) Исполнителя, уведомить последнего об этом в письменной форме или дать соответствующую расписку;

- своевременно производить необходимые финансово-экономические расчеты с лечебным учреждением.

2.4. Заказчик имеет право:

- на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;

- ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной

медицинской услуги;

- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

2.5. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Заказчик должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Заказчика.

Возможные осложнения и побочные эффекты:

- аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на введение медицинских препаратов, постинъекционные осложнения (инфильтраты, флебиты);

- осложнения при проведении диагностических и лечебных исследований и манипуляций (гипотония, бронхоспазм, повреждение полого, паренхиматозного органа, кровотечение и др.), которые могут потребовать проведения интенсивных терапевтических мероприятий или экстренного хирургического вмешательства;

- осложнения при проведении планового или экстренного оперативного вмешательства, связанные с индивидуальными особенностями организма больного, которые могут привести к изменению объема оперативного вмешательства в ходе операции;

- послеоперационные осложнения (кровотечение, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии, послеоперационная пневмония, гнойно-септические осложнения: нагноение послеоперационного шва, перитонит, плеврит, паранефрит, флегмона и др.), которые могут потребовать повторного оперативного вмешательства.

2.6. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, перечисленные в п. 2.5. настоящего Договора, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность;

2.7. Исполнитель устраняет побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной оплаты.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги или несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчиквправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- назначить новый срок оказания услуги.

3.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством;

3.3. Заказчик обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Заказчика.

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Расчеты между сторонами осуществляются предварительной 100% оплатой.

4.2. Объём выполненной работы и общая стоимость медицинских услуг фиксируется в приложении №1, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.3. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу лечебного учреждения, или безналичным перечислением на расчетный счет лечебного учреждения; 4.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Заказчика с оплатой по утвержденному Прейскуранту; 4.5. Исполнитель обязан выдать Заказчику бланк-квитанцию строгой отчетности установленного образца..

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности; 5.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно;

 5.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством; 5.4. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация: - о состоянии здоровья Заказчика; - о видах проводимого лечения; - об осложнениях возникших в процессе лечения.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением ЗаказчикомУслуги (подтверждением получения пациентом Услуги является Заключение по результатам диагностического обследования). Настоящий договор без подписанного Заказчиком [приложения 1](#sub_1000) юридической силы не имеет.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке;

8.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы;

8.3. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего Договора обязательно предъявление Претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 дней.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

 ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК

ГУЗ СО«Петровская РБ» Ф.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РФ,412540, Саратовская область, И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Петровск, ул. Красноармейская, 14, О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.28-153, факс 28-149 Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с: 40601810800003000001 Отделение Саратов

 г.Саратов. ОГРН:1026401825460. л/с: 039030722 Выдан (где, кем, когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП 6444003766/644401001, БИК 046311649

ОКПО: 01943726 ОКПМО: 63428000000 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственный за оказание платных

 медицинских услуг Тарасов В.П. Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. Подпись

Приложение N 1 к [договору](#sub_2000) От "" 20\_\_ года

# Соглашение об объеме и условиях оказания платных медицинскихуслуг (информированное согласие)

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

В рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские

услуги в ГУЗ СО«Петровская РБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив, от сотрудников ГУЗ СО«Петровская РБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГУЗ СО «Петровская РБ», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинского обследования не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГУЗ СО «Петровская РБ» не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов обследования я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГУЗ СО «Петровская РБ».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны следующие виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГУЗ СО «Петровская РБ»:

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

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

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

7. Добровольно даю свое согласие на проведение:

А) Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.

Б) Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования.

В) Антропометрического исследования.

Г) Термометрии.

Д) Тонометрии.

Ж) Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций.

З) Не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций.

Е) Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

И) Лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, иммунологических.

К) Функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пневмотахометрия.

Л) Рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, допплерографических исследований.

М) Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

8. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

9. Я проинформирован(на), что могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГУЗ СО «Петровская РБ».

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю предложенные мне виды медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик: Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись

 ─────────────────────────────────────────────────────────────

 Настоящее соглашение подписано заказчиком после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись,                                                               Тарасов В.П.