**Договор на оказание платных медицинских услуг**

город Чебоксары « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Автономное учреждение Чувашской Республики «Республиканский центр мануальной терапии» Министерства здравоохранения Чувашской Республики в лице главного врача Волкова Алексея Зиноновича, действующего на основании Устава, Лицензии ЛО-21-01-001739 от 04.05.2018г., выданной Министерством здравоохранения Чувашской Республики (расположенным по адресу: 428004,Чувашская Республика, г.Чебоксары, Президентский бульвар, д.17, телефон: (8352)26-13-00, факс: (8352) 62-35-94, E-Mail: [medicin@cap.ru](mailto:medicin@cap.ru)) на осуществление медицинской деятельности: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: мануальной терапии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, физиотерапии, функциональной диагностике. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи., именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, действующий на основании добровольного волеизъявления, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Потребителю)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код услуги** | **Наименование видов услуг** | | | **Единица измерения** | **Цена, в руб.** | **Количество запланиро-**  **ванных процедур** | **Количество полученных процедур** | **Сумма итого** |
| **Раздел 1. Прием и консультация специалистов** | | | | | | | | | |
| 1. 51 | В01.022.001 В01.022.002 | | Прием (осмотр, консультация) врача мануальной терапии | | 1 прием\* | 141.00 |  |  |  |
| 1. 2 | В01.022.001 В01.022.002 | | Прием (осмотр, консультация) врача мануальной терапии | | 1 консультация\*\* | 452.00 |  |  |  |
| 1. 3 | В01.023.001 В01.023.002 | | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога | | 1 прием\* | 141.00 |  |  |  |
| 1. 4 | В01.056.001 | | Осмотр (консультация) врача функциональной диагностики | | 1 консультация\*\* | 452.00 |  |  |  |
| **Раздел 2. Оздоровительно-восстановительное лечение** | | | | | | | | | |
| 1. 5 | A21.03.006 | | | Мануальная терапия при заболеваниях позвоночника | 1 сеанс | 586.00 |  |  |  |
|  | A21.01.005 | | | Массаж волосистой части головы медицинский | 1 процедура | 77 |  |  |  |
| 1. 2 | A21.01.002 | | | Массаж лица медицинский | 1 процедура | 155.00 |  |  |  |
| 1. 3 | A21.01.003.001 | | | Массаж воротниковой области | 1 процедура | 91.00 |  |  |  |
| 1. 4 | A21.01.004 | | | Массаж верхней конечности медицинский | 1 процедура | 103.00 |  |  |  |
| 1. 5 | A21.30.005 | | | Массаж грудной клетки медицинский | 1 процедура | 179.00 |  |  |  |
| 1. 6 | A21.03.007 | | | Массаж спины медицинский | 1 процедура | 259.00 |  |  |  |
| 1. 7 | A21.30.001 | | | Массаж передней брюшной стенки медицинский | 1 процедура | 77.00 |  |  |  |
| 1. 8 | A21.03.002.001 | | | Массаж пояснично-крестцовой области | 1 процедура | 103.00 |  |  |  |
| 1. 9 | A21.01.009 | | | Массаж нижней конечности медицинский | 1 процедура | 116.00 |  |  |  |
| 1. 10 | A21.16.003 | | | Мануальная терапия при заболеваниях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки | 1 процедура | 412.00 |  |  |  |
| 1. 11 | B01.003.004.003 | | | Ирригационная анестезия (блокада нервного корешка) | 1 манипуляция | 270.00 |  |  |  |
| 1. 12 | A11.01.002 | | | Подкожное введение лекарственных препаратов (блокада межостистой связки) | 1 манипуляция | 270.00 |  |  |  |
| 1. 13 | A11.04.004 | | | Внутрисуставное введение лекарственных препаратов (суставная блокада с анестетиками) | 1 манипуляция | 233.00 |  |  |  |
| 1. 14 | A22.02.001 | | | Воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением при заболеваниях мышц | 1 сеанс | 57.00 |  |  |  |
| 1. 15 | A17.03.007 | | | Воздействие магнитными полями при костной патологии (низкочастотная) | 1 сеанс | 74.00 |  |  |  |
| 1. 16 | A17.03.007 | | | Воздействие магнитными полями при костной патологии (импульсная) | 1сеанс | 63.00 |  |  |  |
| 1. 17 | A17.03.001 | | | Электрофорез лекарственных препаратов при костной патологии | 1 сеанс | 84.00 |  |  |  |
| 1. 18 | A17.01.007 | | | Дарсонвализация кожи | 1 сеанс | 107.00 |  |  |  |
| 1. 19 | A22.04.002.001 | | | Ультрафонофорез лекарственный при заболеваниях суставов | 1 сеанс | 111.00 |  |  |  |
| 1. 20 | A17.03.006 | | | Воздействие токами ультравысокой частоты при костной патологии (УВЧ-терапия) | 1 сеанс | 57.00 |  |  |  |
| 1. 21 | A22.01.006 | | | Ультрафиолетовое облучение кожи | 1 сеанс | 76.00 |  |  |  |
| 1. 22 | A17.02.001 | | | Электростимуляция мышц (GMT) | 1 сеанс | 93.00 |  |  |  |
| 1. 23 | A17.24.002 | | | Гальванизация при заболеваниях периферической нервной системы | 1 сеанс | 55.00 |  |  |  |
| 1. 24 | A17.30.034 | | | Ультрафонофорез лекарственный (без стоимости применяемых медикаментов) | 1 сеанс | 94.00 |  |  |  |
| **Раздел 3. Услуги процедурного кабинета** | | | | | | | | | |
| 1. 1 | A11.02.002 | Внутримышечное введение лекарственных препаратов | | | 1 манипуляция | 21.00 |  |  |  |
| 1. 2 | A11.12.003 | Внутривенное введение лекарственных препаратов | | | 1 манипуляция | 47.00 |  |  |  |
| \*Прием специалиста включает в себя: сбор сведений о начале и течении заболевания, о ранее проведенных обследованиях и лечении, жалобы пациента, анамнез. Осмотр пациента с выработкой плана диагностики и лечения пациента: назначение необходимых исследований, лабораторных анализов, инструментальных методов диагностики, а также медикаментозной терапии. | | | | | | | | | |
| \*\*Консультация специалиста включает в себя: интерпретация результатов лабораторных анализов, данных дополнительных исследований с целью коррекции лечения. Назначение контрольных или дополнительных диагностических исследований. Сбор сведений о течении заболевания, эффективности ранее назначенного лечения. | | | | | | | | | |

(далее-Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленом настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон

* 1. Исполнитель обязуется:
* оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором по консультативному приему и (или) оздоровительно-восстановительному лечению в срок: с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.;
* предоставить Потребителю (Заказчику) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.
  1. Потребитель (Заказчик) обязуется:
* информировать медперсонал до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
* выполнять все медицинские рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
* своевременно оплатить стоимость медицинских услуг;
* выполнять назначения и рекомендации врача.
* соблюдать правила внутреннего распорядка для потребителей услуг, размещенные на сайте учреждения и на информационных стендах Исполнителя.
  1. Исполнитель вправе:
* самостоятельно определять объем диагностических и лечебных мероприятий для Потребителя (Заказчика), с учетом медицинских показаний и противопоказаний. В случае возникновения неотложных состояний, Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств и других методов лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и непредусмотренных Договором;
* приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Потребителем (Заказчиком) требований лечащего врача и/или в случае несвоевременной оплаты услуг (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям).
  1. Потребитель (Заказчик) вправе:
* требовать предоставления услуг надлежащего качества;
* выбрать лечащего врача из штата Исполнителя, с учетом его согласия;
* получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

- получать информацию о медицинских услугах;

* рассчитывать на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания платных медицинских услуг;
* знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения здравоохранения и его врачей;
* отказаться от получения платных медицинских услуг и получить обратно уплаченную сумму при условии возмещения (оплаты) Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору;
* осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1**.** Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом цен на медицинские услуги, размещенным на сайте www.rpvl.med.cap.ru и на информационных стендах Исполнителя, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(указать сумму цифрами и прописью)

3.2. Оплата производится до (после) оказания медицинской услуги в кассу Исполнителя или перечислением на расчетный счет Исполнителя. Оплата может быть произведена самим Потребителем (Заказчиком), его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании акта выполненных работ, счета-фактуры, либо счета, выписанного Исполнителем. Оплата производится в полном объеме.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза. Данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю (Заказчику) таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителю (Заказчику) по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

4.4. Перед оказанием услуг Потребителю (Заказчику) была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

4.5. Потребитель дает согласие на обработку его персональных данных (фамилию, имя, отчество; паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан); адрес регистрации (места жительства); дату рождения, пол, место работы или учебы, телефон, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования), специальной категории персональных данных (сведений о состоянии здоровья,  в том числе сведений о результатах медицинского обследования, фотографии и видеозаписи обследования и лечения, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи, об оказанных медицинских услугах) в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации в области персональных данных, локальными актами Исполнителя по вопросам обработки персональных данных, политикой Исполнителя в отношении обработки персональных данных, в целях заключения и исполнения договора возмездного оказания медицинских услуг, в медико – профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг на основании Договора, в том числе  осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также в целях соблюдения законодательства об архивном деле.

4.6. Стороны соглашаются с тем, что Исполнитель вправе осуществлять сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в имеющихся информационных системах Исполнителя, путем фиксации их на материальных носителях, использования бланков первичных учетных документов и унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде.

4.7. Потребитель дает согласие на поручение обработки персональных данных уполномоченным лицам на основании договоров, заключаемых между Исполнителем и уполномоченными лицами. Ответственность перед Потребителем за действия указанных уполномоченных лиц несет Исполнитель.

4.8. Исполнитель осуществляет обработку персональных данных в течение срока действия договора, а также в течение сроков хранения первичных учетных документов и унифицированных форм медицинской документации.

4.9. Исполнитель обязуется не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные  Потребителя, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия Потребителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.

**5. Прочие условия**

5.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

5.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается получением Потребителем медицинской услуги.После исполнения Договора Потребителю выдаются (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.  
5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны на основе письменного соглашения. Обязательства сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора. В течении трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Заказчика о расторжении Договора по инициативе Потребителя.

**6. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  Автономное учреждение Чувашской Республики «Республиканский центр мануальной терапии)» Министерства здравоохранения Чувашской Республики  Юридический адрес: 428003, Чувашская Республика, город Чебоксары, проезд Школьный, д.8 стр.А  телефон (факс) 8352 56-02-70, регистратура 55-05-69  е-mail: rpvl-kadr1@med.cap.ru  ИНН 2129009490 КПП 213001001  Р.счет 40601810000003000001 в Отделение-НБ Чувашской Республики г.Чебоксары  л/с. 30266А00761 в Минфине Чувашии  БИК 049706001  ОГРН 1022101135430 присвоен Инспекцией Федеральной налоговой службы по г.Чебоксары от 04.06.2013  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.З.Волков | **Заказчик**  Фамилия, имя, отчество  Паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи  **Потребитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи |