**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_\_**

**г. Барнаул**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул», лицензия на право осуществления медицинской деятельности № ЛО – 22 – 01 – 002724 от 20.03.2015г. (бессрочно), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Демченко Л.Н., действующего на основании Устава, с одной стороны и (гр.) Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические и др.), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ в амбулаторно-поликлинических условиях. Пациенту: Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1. **Права и обязанности Сторон**

**2.1. Заказчик (Пациент) имеет право:**

2.1.1. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь).

2.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг.

2.1.3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.4. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.1.5. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.

**2.2. Заказчик (Пациент) обязуется:**

2.2.1. Ознакомиться с правилами внутреннего распорядка поликлиники и соблюдать их.

2.2.2. Выполнять назначения лечащего врача.

2.2.3. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья

2.2.4. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему (дежурному) врачу.

2.2.5. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения договора в сроки  и порядке, которые определены настоящим договором.

2.2.6. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.2.7. Соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, несоблюдение которых могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

2.2.8. Оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, в случае расторжения договора по инициативе Заказчика (пациента).

2.2.9. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

**2.3.** **Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Расторгнуть договор при нарушении Заказчиком (пациентом) правил внутреннего распорядка медицинского учреждения.

2.3.2. В случае отказа Заказчика (пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг, расторгнуть договор по инициативе Заказчика (пациента), предварительно проинформировав его об этом.

**2.4**. **Исполнитель обязан:**

2.4.1. Оказывать Заказчику (пациенту) платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, или требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, при отсутствии в договоре условий об их качестве.

2.4.2. Ознакомить Пациента при поступлении в поликлинику с правилами внутреннего распорядка медицинского учреждения.

2.4.3.Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации;

2.4.4. Представлять счет-фактуру, контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца) с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг;

2.4.5. Не предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия заказчика (пациента).

2.4.6. Оказать заказчику (пациенту) без взимания платы дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, которые возникли при предоставлении платных медицинских услуг.

2.4.7. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.4.8. После исполнения договора выдать заказчику (пациенту), законному представителю заказчика, пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки, из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

1. **Стоимость услуг и порядок расчётов**

3.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утверждённому Исполнителем;

3.2. Заказчик оплачивает 100% предварительную стоимость медицинских услуг.

3.3. Стоимость медицинских услуг составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, в том числе:

 3.3.1. Стоимость \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование процедуры и т.п.)

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

1. **Ответственность Сторон**

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:**

— возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья);

— прекращения лечения по инициативе Пациента.

1. **Конфиденциальность**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 13 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

1. **Сроки исполнения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком 100% предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

1. **Дополнительные условия**

7.1. Заказчик (Пациент) уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Заказчик (Пациент) согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул» на платной основе.

7.2. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Заказчиком (Пациентом) самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.

7.3. Согласие Заказчика (Пациента) на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Заказчика (Пациента) на оплату этой услуги.

7.4. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

1. **Рассмотрение споров**

При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Пациента) Заказчик (Пациент) обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или заведующего отделением. Все споры по договору стороны стараются урегулировать мирно путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

1. **Реквизиты сторон**

**Заказчик:                                                                                               Исполнитель:**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                      КГБУЗ «Городская поликлиника № 12, г. Барнаул»

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_                     656922, г. Барнаул, ул. Благовещенская, 4

Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                          ИНН 2222003373  КПП 222201001

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   р/счет 40601810701731000001 в ГРКЦ ГУ       Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                      БАНКА РОССИИ ПО АЛТАЙСКОМУ КР.

                                                                                                         Г.БАРНАУЛ        БИК 040173001

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                     (подпись Заказчика)                                                                             (подпись Исполнителя)