**Договор № /П2**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Уссурийск « » 2017 г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Уссурийская центральная городская больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и гражданин   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и**менуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику следующие медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить данные услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | **Наименование услуг** | **Кол-во** | **Цена,**  **руб.** | **Итого сумма к оплате,**  **руб.** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (согласно Приложением №1 к настоящему Договору.

1.4. Срок предоставления медицинских услуг - с « »\_ \_ 201\_\_ г. по « »\_ \_201\_\_ г.

1.5. Место оказания услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.6.Медицинский работник, оказывающий медицинскую услугу, (должность, ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. СРОК И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

2.1.Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100 % стоимости услуг.

2.2.Если во время оказания медицинских услуг Потребитель или Исполнитель сочтут необходимым заменить один вид медицинских услуг другим, такая замена допускается по соглашению между сторонами в пределах действия настоящего договора.

2.3.Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется согласно тарифам, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

**3.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Выполнить медицинские услуги качественно и в сроки установленные Договором.

3.1.2. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.3. Выдать документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Потребителя.

3.1.4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.6. Сохранять врачебную тайну Потребителя.

3.1.7. Выдать оп окончанию оказания медицинских услуг документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

**3.2. Потребитель обязуется:**

3.2.1. Оплатить медицинские услуги, предусмотренные договором.

3.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.2.4. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

3.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.5. Информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.2.6. Потребитель согласен на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.2.7. Соблюдать режим работы Исполнителя.

**3.3. Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Отказаться от оказания услуг и установить другое время для их оказания в следующих случаях:

* если Потребитель явился для оказания услуги в состояния алкогольного или наркотического опьянения.
* В случае несоблюдения Потребителем рекомендаций по подготовке к оказанию услуги.
* В случае неявки Потребителя в назначенное время и место оказание услуги.
* В случае если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя.
* В случае неоплаты Потребителем стоимости услуг до начала их оказания.

3.3.2. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательству РФ.

**3.4. Потребитель имеет право:**

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

**4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2.Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств будут разрешаться по возможности путем переговоров между сторонами. Если стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

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

**5.ПОРЯДОК ИЗМЕННЕИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1.Настоящий договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует до момента исполнения обязательств.

5.2. Изменение условий Договора допускается по соглашению сторон.

5.3. Настоящий договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг. **Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю**, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**6.СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ**

**Фирменное наименование**: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Уссурийская центральная городская больница» (КГБУЗ «Уссурийская ЦГБ»);

**Юридический адрес**: РФ, 692512, Приморский край, г.Уссурийск,ул.Пролетарская,50;

**ОГРН** 1112511006376, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 01.11.2011г. серия 25 №003677058, наименование регистрирующего органа – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №9 по Приморскому краю;

**Лицензия** на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., выдана Департаментом здравоохранения Приморского края (г. Владивосток, ул. 1-я Морская,2, тел. 8(423)241-35-14; 8(423)241-21-25.

**Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:**

доврачебная медицинская помощь по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, гистологии, диетологии, лабораторной диагностике, лабораторному делу, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинской статистике, медицинскому массажу, общей практике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, в том числе для фельдшерско-акушерских пунктов, сестринское дело в педиатрии, стоматологии, лечебному делу, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертиза временной нетрудоспособности, гигиеническом}обучению, медико-социальной помощи, вакцинации (проведению профилактических прививок), стоматологии профилактической;

амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в том числе:

первичная медико-санитарная помощь по: аллергологии и иммунологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), неврологии, нефрологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, общей врачебной практике (семейной медицине), отоларингологии, офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, ревматологии, стоматологии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндоскопии, эндокринологии; вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинским осмотрам профилактическим, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, эпидемиологии;

женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, экспертизе временной нетрудоспособности;

гигиеническому воспитанию, медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинским осмотрам профилактическим, 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 Российской Федерации, пульмонологии, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, аллергологии, иммунологии,

в условиях дневного стационара и стационара на дому по: акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, кардиологии, колопроктологии, пульмонологии, профпатологии, ревматологии, рентгенологии, терапии, урологии, эндокринологии; 9стационарная медицинская помощь, в том числе:

первичная медико-санитарная помощь по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, инфекционные болезни, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нефрологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, ревматологии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии;

женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, неонатологии, экспертизе временной нетрудоспособности;

специализированной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, детской хирургии, гематологии, инфекционным болезням, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, нейрохирургии, неврологии, онкологии, патологической анатомии, пульмонологии, психиатрии, психотерапии, радиологии, рефлексотерапии, стоматологии хирургической, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, дезинфектологии, эпидемиологии, клинической фармакологии, управлению сестринской деятельности, неонатологии;

организация и проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию населения, пропаганды здорового образа жизни, включая снижение потребления алкоголя и табака;

деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний;

деятельность, связанная с источниками ионизирующего излучения.

**7.ДРУГИЕ УСЛОВИЯ**

7.1.Взаимодействие сторон, не урегулированные в настоящем договоре, регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2.Настоящий договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

**8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **КГБУЗ «Уссурийская ЦГБ»** | **Потребитель** |
|  |  |
| |  | | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | |  | |  |   **Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

Приложение №1

к договору на оказание платных медицинских услуг

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

**Информированное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в КГБУЗ «Уссурийская ЦГБ» (далее по тексту – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

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

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

« » \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.