***ОБРАЗЕЦ***

***УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА***

***Настоящим уведомляем Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Ознакомлен* |  |  |  |  | *«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.* |
|  | *(Ф.И.О. пациента)* |  | *(подпись)* |  |  |

**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг по амбулаторно-поликлинической помощи**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Иркутск | «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Иркутская ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница** (Свидетельство о гос. регистрации 38 001316832 от 12 ноября 2002г, выдан Регистрационной палатой Администрации г. Иркутска, Лицензия ФС-38-01-001790 от 07 апреля 2016 г. выданная Министерством здравоохранения Иркутской области), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и **гражданин(-ка) РФ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1 Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту, по его желанию, с учетом медицинских показаний, указанные в квитанции, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора, а также в соответствии с перечнем услуг Исполнителя, услуги по оказанию медицинской помощи (комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию), в соответствии сПорядками оказания медицинской помощи, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставленных медицинских услуг. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

**2. Порядок оплаты.**

2.1. Оплата стоимости медицинских услуг по настоящему договору осуществляется в порядке предоплаты 100%.
2.2. Стоимость конкретной услуги, оказываемой Пациенту, указана в квитанции. Сумма квитанции (квитанций) составляет сумму настоящего договора.

**3. Права и обязанности Сторон.**

**3.1. Права и обязанности Исполнителя:**

3.1.1. Исполнитель обязан оказать Пациенту медицинские услуги в сроки, согласованные с Пациентом (при условии явки Пациента на приемы).

3.1.2. Исполнитель обязан предупредить Заказчика (Пациента), в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Заказчика (Пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.3.Исполнитель вправе в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3.1.4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

**3.2. Права и обязанности Пациента:**

3.2.1. Своевременно оплачивать стоимость медицинских услуг в порядке, предусмотренном п.2.1 настоящего договора.

3.2.2. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, аллергических реакций на лекарственные препараты, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинской услуги.

3.2.3. Пациент вправе  отказаться от получения Услуги, и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

3.2.4. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

3.2.5. Дать добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.2.6. Факт окончания этапа исполнения обязательств по настоящему договору (оказание медицинской помощи по конкретному законченному случаю обращения или заболевания) подтверждается подписью Пациента в медицинской карте, а также выдачей ему копии медицинской документации (выписки из медицинской документации).

**4. Прочие условия.**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Иркутской области на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок и условия оказания таких услуг.

4.3.  Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [ФЗ](http://home.garant.ru/document?id=12091967&sub=0) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.5. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно до полного исполнения обязательств сторонами.

4.6. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

4.7. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

**5. Адреса, подписи, реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель****Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Иркутская ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница**Получатель: Минфин Иркутской области (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница л/сч 80302030002)**ИНН** 3812014690 **КПП** 381201001**Расчетный счет** № 40601810500003000002**Банк Отделение Иркутск г Иркутск****БИК** 042520001**Адрес:** 664049 г. Иркутск, м/р Юбилейный,100. тел.40-79-41**ОКАТО** 25401000000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г | **Пациент****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО полностью) Проживающий(-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Подпись ФИО«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г |