**Уведомление**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до заключения договора на оказание мне платных медицинских услуг проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья

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

Дата время подпись расшифровка подписи

**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг**

г.Сыктывкар «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г**.**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранение Республики Коми «Сыктывкарская городская больница» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Хафиз Сарфараз Али, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО 11-01-001960 от 20.02.2018, выданной Министерством здравоохранения Республики Коми с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые вместе «Стороны», заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает пациенту **профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные услуги** (нужное подчеркнуть) (далее по тексту – **медицинские услуги**) заказанные Заказчиком согласно **Приложению**, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора, по своему профилю деятельности в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что до момента подписания настоящего Договора Исполнитель предоставил ему бесплатную, доступную и достоверную информацию, включающую в себя сведения о местонахождении Исполнителя, (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

1.3.Подписав настоящий Договор, Заказчик добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

**2.Условия получения платных медицинских услуг**

2.1. Оказание платных медицинских услуг осуществляется Исполнителем по адресу г.Сыктывкар, Нювчимское шоссе, д.24.

2.2. Оказание платных медицинских услуг осуществляется в установленное расписанием Исполнителя время.

2.3. Оказание платных медицинских услуг осуществляется после внесения Заказчиком 100% предоплаты за оказание платной медицинской услуги.

**3. Сроки оказания платных медицинских услуг**

3.1. Срок оказания платных медицинских услуг:

3.1.1. Начало «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Окончание «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

3.2.В случае изменения срока оказания медицинских услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**4.Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек.

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение срока действия настоящего Договора.

4.3.В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.4. Расчеты между сторонами осуществляются: в российских рублях через кассу Исполнителя, при этом Заказчику выдается кассовый чек, либо Заказчик перечисляет денежные средства на расчетный счет Исполнителя указанный в главе 11 настоящего договора.

.

4.5. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком путем внесения 100% предоплаты непосредственно перед оказанием ему платной медицинской услуги.

4.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от Сторон, объем оказываемых Заказчику платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится, либо оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Заказчиком расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за платные медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором, возвращается Заказчику на указанный в заявлении счет, открытый в кредитной организации в течение 30 рабочих дней.

4.7. В случае отказа Заказчика от продолжения прохождения медицинского обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя главного врача Исполнителя в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), предусмотренных Договором, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за оказанные платные медицинские услуги, а такжефактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за платные медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором, возвращается Заказчику на указанный в заявлении счет, открытый в кредитной организации в течение 30 рабочих дней.

4.8. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Заказчика, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебного режима и др., стоимость платных медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

**5. Права и обязанности сторон**

5.1. Заказчик имеет право на:

5.1.1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

5.1.2. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

5.1.3. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

5.1.4. Получение информации о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в его интересах может быть передана информация о состоянии его здоровья;

5.1.5. Предъявление требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ.

5.1.6. Обращение с жалобой непосредственно к Исполнителю.

5.1.7.Предоставление платной медицинской услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги и другие права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги, согласно условиям данного Договора;

5.2.2.Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, а именно обязательное информирование врача о перенесенных заболеваниях, известных Заказчику аллергических реакциях, противопоказаниях; соблюдение правил поведения, установленные Исполнителем, режима его работы; выполнение всех рекомендаций медицинского персонала по лечению и прохождению медицинского обследования, в том числе обязательное соблюдение указаний медицинского персонала, предписанных на период после оказания платной медицинской услуги.

5.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору;

5.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

5.3. Исполнитель имеет право:

5.3.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи Заказчику;

5.3.2. С согласия Заказчика или его представителя передавать сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения Заказчика.

5.4. Исполнитель обязан:

5.4.1. Обеспечивать соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;

5.4.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

5.4.3. Расчет за предоставление платных услуг осуществлять с применением контрольно-кассовых машин, при этом выдать Заказчику кассовый чек.

5.4.4. Соблюдать конфиденциальность о факте обращения, состоянии здоровья Заказчика;

5.4.5. Оказывать платную медицинскую услугу в установленные Договором сроки и в порядке, предусмотренном Договором, а также нести другие обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

**6.Ответственность сторон**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.2. Заказчик не несет ответственности за оказание платных медицинских услуг в неполном, либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 5.2.2. настоящего Договора, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 5.2.4 и 4.8. настоящего Договора.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору,а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**7. Конфиденциальность**

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

**8. Разрешение споров**

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в тексте данного Договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства РФ.

8.2. При не урегулировании в процессе переговоров споры разрешаются в суде в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

**9. Изменение и досрочное расторжение договора**

9.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в порядке, установленном законодательством РФ.

**10. Прочие условия**

10.1 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**11. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  **ГБУЗ РК «СГБ»**  **Банк получателя**: ОТДЕЛЕНИЕ НБ БАНКА РОССИИ Г.СЫКТЫВКАР  **Получатель:** УФК по Республика Коми (ГБУЗ РК «СГБ», л/с 20076200781)  **БИК** 048702001  **РАСЧ. СЧЕТ**: 40601810740301087004  **Лиц.счета:**  **ИНН**: 1101487262  **КПП**: 110101001;  Юр.адрес: 167904, г. Сыктывкар, п.г.т. Краснозатонский, Нювчимское шоссе, 24.  Тел.: (8212)23-72-52  Главный врач Хафиз С.А.  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. | **ЗАКАЗЧИК**  **Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

Приложение

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№№ п/п** | **Вид медицинской услуги** | **Количество услуг** | **Цена одной услуги** | **Стоимость медицинской услуги** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| **Всего:** | | | |  |

**ЗАКАЗЧИК ИСПОЛНИТЕЛЬ**

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Хафиз С.А.

Подпись Ф.И.О. подпись Ф.И.О.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_\_г. «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_г.

**Уведомление**

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

при заключении Договора предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа).

Мой отказ от заключения Договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы в рамках Программы.

Ознакомлен (а)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись расшифровка подписи