

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20 ____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №91», находящееся по адресу: 198329, г. Санкт-Петербург, ул. Отважных, д. 8, зарегистрированное решением регистрационной палаты Санкт-Петербурга от 28.06.2002 №190477 в качестве юридического лица Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт - Петербургу, ОГРН № 1037819011207 присвоенный 03.04.2003, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО 78-01-010128 от 30 августа 2019 г., выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (адрес: 191011, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, телефон лицензионного управления Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: (812) 314-04-43), именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице главного врача Н. В. Яковлевой, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Ф.И.О.): _____ проживающий(ая) по адресу: _____ тел. _____ **ЗАКАЗЧИК**, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** принимает на себя обязательства оказать **ПОТРЕБИТЕЛЮ** (указать Ф.И.О. Заказчика, если он является получателем услуги лично, либо ФИО лица, на которое указывает Заказчик) _____, по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге, следующие платные медицинские услуги:

№	Перечень платных медицинских услуг	Стоимость	Кол-во	Сумма

Платные медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Договора, оказываются **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006.

1.2. **ЗАКАЗЧИК** обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, предусмотренных разделом 3 Договора. **В случае, если ЗАКАЗЧИК является одновременно ПОТРЕБИТЕЛЕМ платной медицинской услуги, далее по тексту Договора он именуется ПОТРЕБИТЕЛЬ.**

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. **ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)** информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает платные медицинские услуги **ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКАЗЧИКУ)** в _____ № _____ по адресу: _____ СПб _____

2.3. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает услуги **ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКАЗЧИКУ)** в срок: _____

2.4. Ответственный за исполнение условий договора _____ (Ф.И.О. врача)

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате **ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ)** за предоставление платной медицинской услуги, в соответствии с действующим прейскурантом **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, составляет: _____ рублей. НДС не облагается.

3.2. Оплата платных медицинских услуг осуществляется **ПОТРЕБИТЕЛЕМ** в форме 100% предоплаты.

3.3. Порядок платежа: путем наличного расчета с применением фискального регистратора.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

4.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации; обеспечить применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных средств (согласно Федерального закона № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

4.1.2. Информировать **ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)** о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

4.1.3. Обеспечить в установленном в учреждении порядке следующей информацией:

- 1) режим работы учреждения;
- 2) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- 3) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- 4) перечень платных медицинских услуг, с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- 5) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- 6) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- 7) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

4.1.4. Оказать **ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКАЗЧИКУ)** в установленный договором срок квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.1.5. Информировать **ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)** о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических манипуляций и побочных эффектах при проводимой медикаментозной терапии.

4.1.6. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с **ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ)**, а также врачебную тайну.

4.1.7. Обеспечивать реализацию всех прав **ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)** в соответствии с Федеральным законом № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

4.2.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание медицинской услуги.

4.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) обязан:

- 4.3.1. Оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ оказываемые по настоящему договору платные медицинские услуги, согласно раздела 3 Договора.
 - 4.3.2. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, соблюдать указания (рекомендации) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения. При любых изменениях в состоянии здоровья сразу же сообщать об этом лечащему или дежурному врачу.
 - 4.3.3. Соблюдать правила поведения пациента в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.
 - 4.3.4. Выполнять требования медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, строгое выполнение последовательности и своевременности медицинских назначений, соблюдение распорядка работы кабинетов учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима и противопожарной безопасности.
- 4.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) имеет право:**
- 4.4.1. На предоставление бесплатной, доступной, достоверной информации о медицинской услуге.
 - 4.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими право ИСПОЛНИТЕЛЯ на оказание данного вида медицинской услуги.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.2. При несоблюдении ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроков оказания медицинских услуг ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) вправе, по своему выбору:
 - 5.2.1. Назначить новый срок оказания услуги;
 - 5.2.2. Расторгнуть договор и потребовать возмещение фактических затрат.
 - 5.2.3. Потребовать исполнения услуги другими специалистами.
- 5.3. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст. 782 ГК РФ.
- 5.4. В случае нарушения ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ) своих обязанностей ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке и требовать от ПОТРЕБИТЕЛЯ(ЗАКАЗЧИКА) оплаты услуг в полном объеме, если иное не предусмотрено законом.
- 5.5. В случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ(ЗАКАЗЧИКА) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается. ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА) о расторжении договора по инициативе ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА), при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 5.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за некачественное выполнение услуги при несоблюдении ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ) своих обязанностей по Договору.
- 5.7. Закрывая данный договор ПОТРЕБИТЕЛЬ(ЗАКАЗЧИК) дает согласие на обработку персональных данных, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется, что эти данные не будут распространяться и предоставляться третьим лицам без согласия субъекта персональных данных и будут обрабатываться только в целях исполнения заключенного с ними договора оказания услуг. Настоящее согласие ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА) действует до дня отзыва согласия ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ) в письменной форме.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 6.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путём переговоров, споры подлежат разрешению в установленном действующим законодательством РФ порядке.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до момента оказания в полном объеме услуг, оплаченных ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ) по условиям Договора.
- 7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу.
- 7.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) ознакомлен с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге и возможностью и порядком получения данной медицинской услуги на бесплатной основе и дает добровольное согласие на получение данной медицинской услуги на платной основе.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 91»

198329, Санкт-Петербург, ул. Отважных, д. 8. тел. 241-35-36

ИНН / КПП 7807047320/780701001
ОГРН 1037819011207

Зав. ВПО (ДПО) _____

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК:

паспортные данные _____

(ФИО полностью, подпись) _____

Телефон _____

Информированное добровольное согласие потребителя (заказчика) на оказание платных медицинских услуг СПбГБУЗ «Городская поликлиника №91»

г.С.Петербург.

« ____ » _____ 201__ г.

Я, (Ф.И.О. потребителя/ заказчика) _____ в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в СПбГБУЗ «Городская поликлиника №91», при этом, до заключения Договора подтверждаю следующее:

1. Я ознакомлен с возможностью и порядком получения данной медицинской услуги на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и даю добровольное согласие на получение данной медицинской услуги на платной основе.
2. Мне разъяснено состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объясненному мне диагнозу моего заболевания.
3. Мне разъяснено, что не соблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
4. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг, правилами предоставления платных медицинских услуг пациентам и прейскурантом цен СПбГБУЗ «Городская поликлиника №91».
5. Настоящим я доверяю врачу (м/сестре) _____ выполнить необходимые мне исследования, вмешательства, операции.
6. Я даю согласие на обработку моих персональных данных в рамках п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" ИСПОЛНИТЕЛЮ в целях исполнения Договора на оказание платных медицинских услуг со дня его подписания до дня отзыва мною согласия в письменной форме.
7. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись Потребителя(Заказчика) _____ (_____)

Подпись

Расшифровка : Фамилия Имя Отчество