

Приложение к приказу

от _____ № _____

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Тула _____ г.

Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Центр детской психоневрологии», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Жеребцовой Валентины Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА.

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное учреждение здравоохранения Тульской области «Центр детской психоневрологии» (ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии»), ОГРН 1027100751919, ИНН 7106022085.

1.1.2. Адрес местонахождения и адрес оказания медицинских услуг: 300035, г. Тула, ул. Бундурина, д. 43.

1.1.3. Сведения о лицензии на медицинскую деятельность: бессрочная выписка из реестра лицензий N ЛО 041-01187-71/00365186, предоставлена 09.09.2015 министерством здравоохранения Тульской области, (300045, г. Тула, ул. Оборонная, д. 114-г, телефон: 8 (4872) 24-51-30, 8 (4872) 31-20-33)

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией.

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, паразитологии, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике;

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, паразитологии, психиатрии, психотерапии, ревматологии, рентгенологии, стоматологии детской, сурдологии детской, сурдологии-оториноларингологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, сестринскому делу в педиатрии;

- при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: медицинской реабилитации, диетологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, сестринскому делу в педиатрии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при проведении медицинских осмотров: медицинским осмотром (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотром профилактическим.

- при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Сведения о заказчике.

_____, (Ф.И.О.),
дата рождения _____ г., данные документа, удостоверяющего личность: _____,
адрес места жительства: _____, иные
адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:
_____,
телефон: _____.

1.3. В целях настоящего Договора Заказчик является законным представителем Потребителя.

1.3.1. Сведения о Потребителе.

_____, (Ф.И.О.),
дата рождения _____ г., данные документа, удостоверяющего личность: _____,
адрес
места жительства: _____,

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, сроки их оказания и стоимость приведены в приложении к настоящему договору.

2.2. Условия и сроки ожидания услуг, указанных в п. 2.1. настоящего договора:

2.3. Заказчик подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4. При необходимости Заказчику могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, сроки оказания и сроки ожидания оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика.

2.6. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. После исполнения Договора выдать Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором, а также информацию о своих правах и обязанностях, состоянии здоровья Потребителя.

3.5. Заказчик и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) руб.

С прейскурантом Исполнителя на платные медицинские услуги Заказчик ознакомлен до заключения настоящего договора.

4.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, в день дня оказания услуги Исполнителем, а в случае оказания медицинской помощи Потребителю, являющемуся иностранным гражданином или лицом без гражданства, до заключения договора, по следующим реквизитам:

БИК банка 017003983,

Банк (Банк получателя) ОТДЕЛЕНИЕ ТУЛА БАНКА РОССИИ//УФК ПО ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ г. Тула,

Корреспондентский счет (Единый казначейский счет) 40102810445370000059,

Расчётный счет (Казначейский счет) 03224643700000006600,

Получатель МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ (ГУЗ ТО "ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ"),

В назначении платежа указывать лицевой счет л/с 105980008,

ОКПО 01948132, ОКТМО 70701000

ОКОПФ/ОКФС 20903/13

КБК 00000000000008210130

ОКТМО 70701000

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. Исполнитель несет перед Заказчиком и Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России. Кроме этого в случае нарушения Заказчиком указанных условий Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по или расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

6.3. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

7.2. До разрешения спора в порядке, предусмотренном законом либо настоящим договором, все споры, возникающие из настоящего договора или в связи с ним, подлежат урегулированию с помощью процедуры медиации».

7.3. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

7.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторона и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Договор составлен в 2-ух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.3. До заключения настоящего договора Исполнитель уведомляет Заказчика о том, что, Заказчик обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. 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 Потребителя.

8.4. Заказчик проинформирован, что Исполнитель участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, действующих на момент заключения настоящего договора.

9. ПОДПИСИ СТОРОН.

Заказчик:

Исполнитель: ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии»

Директор _____ В.А.Жеребцова

М.П.

Приложение к настоящему договору:
перечень подлежащих оказанию по настоящему договору платных медицинских услуг.
информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг.

Приложение № 1 к договору на оказание платных медицинских услуг
от _____

Виды диагностического обследования и лечения (перечень платных медицинских услуг), назначенные Заказчику(Потребителю):

Код по прежнему	Виды диагностического обследования и лечения (платных медицинских услуг)	Кол-во	Цена	Сумма, руб.	Сроки

директор ГУЗ ТО «Центр детской психоневрологии» _____ В.А.Жеребцова

М.П.

Заказчик (Потребитель):

_____ / _____ /

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

Я, _____,
являющийся пациентом/ законным представителем Пациента (*нужное подчеркнуть*)
_____ в возрасте _____ лет, в рамках
Ф.И.О. пациента
договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___»
_____ 20__ г., желаю получить медицинские услуги в ГУЗ ТО «Центр детской
психоневрологии» (далее – Учреждение) за плату, при этом мне разъяснено и мною
осознано следующее:

1. Я, получив от работников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в Учреждении, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я согласен 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.
4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.
6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом Пациента, и я даю свое согласие на их оплату.
8. 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.
9. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент / законный представитель Пациента (*нужное подчеркнуть*):
«___» _____ 20__ г.