**Договор № \_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Кисловодск "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

 Мы, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый (ая) действующий

 (наименование организации) (должность Ф,И,О.)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Заказчик, с одной стороны, и **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная психиатрическая больница №3»**, в лице главного врача Былим Вадима Игорьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

* 1. Исполнитель на основании обращения Заказчика обязуется оказать ему медицинские услуги по:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **виды медицинских услуг** | **кол-во** | **сумма** |
| Виды предоставляемой платной медицинской услуги(в соответствии с лицензией) |  |  |
|  |  |  |
| Итого: |  |

(далее - «медицинские услуги»), а Заказчик обязуется оплатить услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения, проведения оказание услуги (лечения) возлагается на врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, который вместе с Исполнителем несет солидарную ответственность за качество предоставленных медицинских услуг.

1.3. Результатом оказания платных медицинских услуг является запись в амбулаторной карте Заказчика, медицинская справка или медицинское заключение, копии медицинских документов или выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, выдаваемое Заказчику на руки (нужное подчеркнуть).

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика или законного представителя Заказчика, данного в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1.5.Медицинская услуга оказывается в течение \_\_\_\_\_\_ рабочих(его) дней(я).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя, 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 специалистов.

2.1.2. Оказывать Заказчику услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями к медицинским услугам.

2.1.3. Предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. Информировать Потребителя о возможных осложнениях при проведении данного вида медицинских услуг.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Сообщить врачу сведения о состоянии своего здоровья.

2.2.2. Точно и в срок выполнять все назначения врача, своевременно сообщать лечащему врачу об изменениях своего самочувствия.

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

2.2.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов, (режим лечения), правила поведения в медицинской организации.

2.3. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

* 1. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.
	2. В случае отказа, после заключения 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 договору.

3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских услуг, согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, которую Заказчик вносит в кассу Исполнителя (или причисляет на лицевой счет Исполнителя) до оказания медицинской услуги (100% предоплата).

3.2. В стоимость платных медицинских услуг (лечения) включены все услуги (процедуры), которые врач оказывает на протяжении всего периода оказания платных медицинских услуг (лечения).

3.3. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику деньги в течение \_\_\_\_\_ дней с момента предъявления требования Заказчиком.

* 1. На предоставление платных медицинских услуг, по требованию Исполнителя или Заказчика, может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком 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 Заказчика в размере реально причиненного ущерба.

4.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

4.3. В случае возникновения осложнений, по вине Исполнителя, если осложнения потребовали оказания экстренной медицинской помощи. Исполнитель обязан устранить их без дополнительной оплаты.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошли по независящим от Исполнителя причинам, вследствие непреодолимой силы.

4.5. Заказчик обязан возместить Исполнителю убытки, вызванные неисполнением обязанностей по договору или противоправными действиями Заказчика.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров и привлечения независимых экспертов, а в случае не достижения сторонами согласия, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

5.2. В случае возникновения разногласий по вопросам качества оказанных услуг, спор рассматривается врачебной комиссией Исполнителя, а в случае не достижения сторонами согласия, спор подлежат рассмотрению в судебном порядке в Арбитражном суде Ставропольского края.

5.3. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

6. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.

* 1. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности **от 19 декабря 2017 года № ЛО-26-01-004307** выданной «Министерством здравоохранения Ставропольского края, срок действия бессрочно.

«2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной

(указать перечень работ и услуг по лицензии)

 помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):1) при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации сестринского дела; сестринскому делу; физиотерапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; психиатрии; 5) при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в условиях дневного стационара по: психиатрии; 3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; психиатрии; психиатрии- наркологии; психотерапии; сестринскому делу; физиотерапии; 4. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, по: психиатрии; 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при проведении медицинских освидетельствований: психиатрическому освидетельствованию; 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

Адрес лицензирующего органа: 355029, Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Дзержинского, 158, 17 этаж, офис 1701, тел. +7 (8652) 74-80-79

6.2. Заказчик настоящим договором подтверждает, что Исполнителю разъяснено право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержденной постановлением правительства Ставропольского края от 25 декабря 2017 г. № 523-п.

* 1. В случае отсутствия по уважительной причине врача, указанного в п.1.2, договора Исполнитель назначает другого специалиста для оказания услуги.
	2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

7.1. Потребитель (Заказчик) дает согласие Исполнителю на обработку своих персональных данных.

7.2. Цель обработки персональных данных – оказание медицинских услуг, соблюдение требований действующего законодательства РФ. Срок обработки данных равен сроку осуществления Исполнителем медицинской деятельности.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

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

7.4. Настоящий Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:**ГБУЗ СК «КСПБ №3»**ОГРН 1022601319180ИНН 2628017296 ИФНС по г. Кисловодску 04.12.2002г. КПП 262801001Адрес местонахождения: Ставропольский край, город Кисловодск, переулок Хасановский 4Лицензия **от 19 декабря 2017 года № ЛО-26-01-004307**Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.И. Былим (подпись) | Заказчик:НаименованиеОГРН ИНН КПП Адрес местонахождения:Подпись |

АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

к договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

г. Кисловодск "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

 Мы, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый (ая) действующий

 (наименование организации) (должность Ф,И,О.)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Заказчик, с одной стороны именуемый в дальнейшем Потребитель (Заказчик), с одной стороны, и **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная психиатрическая больница №3»**, в лице главного врача Былим Вадима Игорьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Исполнитель оказал медицинские услуги по:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Виды медицинских услуг** | **Кол-во** | **Сумма** |
| Виды предоставляемой платной медицинской услуги |  |  |
| (в соответствии с лицензией) |  |  |

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

1. Выписка о состоянии здоровья (эпикриз) на руки получен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Исполнитель: Потребитель (Заказчик):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Исполнитель **ГБУЗ** **СК «КСПБ №3»** доводит до сведения Потребителя (Заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г. о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима оказания медицинских услуг, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись потребителя)

Приложение 1

к договору № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество — полностью)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со ст. ст. 13, 20, 24, 27 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. поставлен (поставлена) в известность о том, что я прохожу медицинские услуги (лечение) в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная психиатрическая больница №3».

— Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения об оказываемых платных медицинских услугах (лечении);

— Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг (лечении) в предложенном объеме;

— Я уполномочиваю врачей выполнять любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях проводимого осмотра (лечения), а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

— Со мной обсуждены последствия отказа от прохождения осмотра. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение осмотра.

— Я даю согласие на сбор, накопление, хранение, изменение, использование и компьютерную обработку моих персональных данных, полученных в ходе обследования и лечения, а также передачу этих данных в страховую медицинскую организацию и в Фонд обязательного медицинского страхования.

— Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись осматриваемого)

Расписался в моем присутствии:

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

 *(Должность, И.О. Фамилия, подпись)*