

г. Саки

«__» _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Крым «Сакская специализированная больница медицинской реабилитации» (далее по тексту – ГАУЗРК «ССБМР»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Главного врача Гализдры Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, гражданин(ка)

именуемый **«Потребитель»**, и гражданин(ка)

_____, именуемый в дальнейшем **«Заказчик»** с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с **Уведомлением** об осуществлении видов деятельности из числа указанных в ч 1 ст. 12 ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», осуществление которых на территории Республики Крым и г. Севастополя допускается с 01 июня 2015г. без получения лицензии, поданным в Территориальный орган Росздравнадзора по Республики Крым и ГФЗ Севастополю 22.05.2015г. № 362, адрес: 295034, Республика Крым, Симферополь, Полевая улица, 24/23, тел. +7 365 260-16-86, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГАУЗРК «ССБМР», содержится в соответствующем Уведомлении Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (по желанию Потребителя ему представляется заверенная копия Лицензии при заключении настоящего Договора).

1.1.1. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель. В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту договора он именуется «Потребитель».

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

1.2.2. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №1 к настоящему Договору.

1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
- ознакомил его с действующим в ГАУЗРК «ССБМР» Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- ознакомил его с Положением об организации предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗРК «ССБМР».

- уведомил его 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.

1.5. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.6. Срок предоставления медицинских услуг с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

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

2. Обязанности Сторон и участников Договора

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 1.2. настоящего Договора.

2.1.2. Оказать платные медицинские услуги качественно в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, в объеме предусмотренным настоящим Договором.

2.1.3. Предоставить Потребителю кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг.

2.1.4. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.5. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

2.1.7. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.8. Составить расчёт стоимости оказываемых медицинских услуг.

2.1.9. Обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.2.1. Оплатить Исполнителю медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, согласно Прейскуранту, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

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

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

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

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

2.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ГАУЗРК «СБМР» лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет _____ рублей.

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

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

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4. Оплата 100% медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком за наличный расчёт через кассу Исполнителя либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, на основании счёта не позднее 3 (трёх) рабочих дней со дня подписания настоящего Договора.

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:

4.2.1. Он принял все меры для надлежащего исполнения своих обязательств, проявил всю степень заботы и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала (на основании п.1. ст.401 Гражданского Кодекса РФ).

4.2.2. Неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы либо причиной такого неисполнения стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

4.2.3. Если Потребитель умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему Договору, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика (Потребителя), при необходимости Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств. По завершению оказания медицинских услуг Исполнителем составляется и

подписывается сторонами акт об оказанных медицинских услугах.

6.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами. При не достижении соглашения споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством.

6.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГАУЗРК «ССБМР»

295011, Республика Крым, г.Саки,

ул. Гайнутдинова, 11

ОГРН 1149102175199 ОКАТО 35414000000

ОКПО 00807109

Банковские реквизиты:

ОАО «Банк ЧБРР»

Кор счет:30101810035100000101

ИНН/КПП 9102019769/910201001

Счет № 40603810807101012857

Телефон/факс (06563) 2-43-00

E-mail: rftbsaki@mail.ru

Главный врач

М.П. С.В.Гализдра

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК):

паспорт _____

адрес: _____

тел. _____

(подпись)

Ф.И.О.

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

Я, _____ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20__ г., желаю получить платные медицинские услуги в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республики Крым «Сакская специализированная больница медицинской реабилитации» (далее по тексту – Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен(на) 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. Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату. Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель: _____

_____/_____/_____
Подпись

«___» _____ 20__ г.