Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций и/или требований лечащего врача, а также в случае нарушения Пациентом исполнения настоящего Договора, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

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

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г. Вологда «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

БУЗ ВО «Вологодская ЦРБ», о котором согласно свидетельству от 27.09.2002 г. серия 35 № 002198026, выданному Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 11 по Вологодской области, внесены сведения в Единый государственный реестр юридических лиц за государственным номером 1023500594732, осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № ЛО-35-01-002982 от 16 сентября 2020 г., выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, находящееся по адресу: г. Вологда, Набережная VI Армии, д. 137, именуемое далее «Исполнитель», в лице главного врача Вопилова Валерия Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ далее именуемый(ая) «Потребитель» с другой стороны, действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.Предметом настоящего Договора является оказание медицинских услуг «Потребителю» на возмездной основе, в течение срока действия настоящего Договора.

В соответствии с настоящим договором «Потребитель» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» платную медицинскую услугу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.2.Объем услуг и их стоимость считаются согласованными в момент их оплаты «Потребителем».

1.3. «Потребитель» при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых «Исполнителем» услуг, стоимостью и условиями их предоставления, информацией о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств согласно территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Отказ «Потребителя» от заключения настоящего договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому «Потребителю» без взимания платы в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Данные услуги оказываются на основании ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ст. 84; Закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» ст. 39.1; Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинскихуслуг".

1.4. Результатом оказания платных медицинских услуг является запись, медицинская справка иди медицинское заключение, отражающее состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, выдаваемые «Потребителю» на руки.

1.5. Медицинские услуги оказываются по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.6. Медицинская услуга предоставляется в течение 7 (семи) рабочих дней.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 «Исполнитель» обязан:

1. Оказывать платные медицинские и иные услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора на основании действующей лицензии и приложений к ней. Предоставлять по желанию «Потребителя» информацию о методах рекомендуемого лечения и о возможных осложнениях, включая технологические особенности манипуляции, процедуры, вмешательства.
2. Соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту прав «Потребителя» при обработке его персональных данных и не предоставлять их третьим лицам (кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации). С согласия «Потребителя» или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих персональные данные, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя.

2.2. «Исполнитель» имеет право:

1. Требовать от «Потребителя» предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
2. Привлекать, при необходимости, третьих лиц, имеющих необходимые разрешения, для оказания «Потребителю» отдельных видов платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.
3. В случае потенциальной угрозы здоровью «Потребителя» самостоятельно определять объем медицинских услуг, необходимых для оказания медицинской помощи. Отказ «Потребителя» от медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается «Потребителем» либо его законным представителем, а также медицинским работником.
4. При выявлении у «Потребителя» противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в их проведении и возвратить «Потребителю» денежные средства, уплаченные для оказания этих услуг.
5. Отказать в оказании платных медицинских услуг настоящего Договора «Потребителю», находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. «Потребитель» обязан:

1. Своевременно и в полном объеме вносить плату за оказанные платные медицинские услуги.
2. Соблюдать условия настоящего Договора, бережно относиться к имуществу «Исполнителя».
3. Сообщать все сведения, необходимые для оказания платных медицинских услуг, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п. По требованию «Исполнителя» предоставить медицинскую документацию, выписку из амбулаторной карты поликлиники по месту жительства, справки из специализированного диспансера.
4. Добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала в ходе получения медицинских услуг. За последствия невыполнения «Потребителем» полученных рекомендаций «Исполнитель» ответственности не несет и имеет право отказать в дальнейшем обслуживании в соответствии с Информированным добровольным согласием.
5. Информировать «Исполнителя» об изменениях адреса, телефона, паспортных данных в течение семи дней после произведения изменений.

2.4. «Потребитель» имеет право:

2.4.1.Получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. Отказаться от получения Услуги (до момента начала её оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещение «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги, в течение 7 (семи) дней с даты заключения настоящего договора.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

1. Стоимость платных медицинских услуг, представляемых «Потребителю» по настоящему Договору, определяется тарифами на платные медицинские услуги, действующими на момент оказания медицинской услуги.
2. Цена медицинской услуги, при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.
3. Тарифы на платные медицинские услуги (в рублях) устанавливаются руководством «Исполнителя», вывешиваются на информационном стенде у кассы и могут изменяться «Исполнителем» в течение всего срока действия настоящего Договора в одностороннем порядке.
4. Оплата оказываемых услуг осуществляется до оказания медицинских услуг (100 % предоплата) путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или в безналичном порядке банковской картой на расчетный счет «Исполнителя». «Потребителю» в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
2. Исполнитель не несет ответственности при возникновении у Потребителя осложнений в период оказания медицинских услуг (в том числе в послеоперационный период), возникших вследствие невыполнения Потребителем требований и рекомендаций, обеспечивающих успешную реабилитацию по результатам полученных услуг.
3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, запретительные меры органов государственной власти).
4. При любых конфликтных ситуациях Стороны принимают все меры к их решению путем переговоров, при необходимости, с привлечением независимых экспертов. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии законодательством Российской Федерации. Для обращения в суд обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 15 дней.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами всех обязательств по договору.

5.2. Договор может быть расторгнут по желанию любой из Сторон путем направления письменного предупреждения о расторжении Договора, в срок не менее чем за один месяц до предполагаемой даты его расторжения.

1. Расторжение Договора не ведет к прекращению денежных обязательств Сторон, возникших до даты расторжения Договора.
2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны и являются неотъемлемой частью настоящего Договора только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.
3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ и ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель»  БУЗ ВО «Вологодская ЦРБ»  Фактический адрес места нахождения: 160014, г. Вологда, Набережная VI Армии, д. 137, ИНН 3507004230, КПП 352501001  Главный врач В.С. Вопилов | «Потребитель» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации по месту жительства и фактический адрес проживания, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) |

|  |
| --- |
| **Информированное добровольное согласие «Потребителя» на оказание медицинских услуг на платной основе с разъяснением прав на получение бесплатной медицинской помощи**  Главному врачу БУЗ ВО «Вологодская ЦРБ»  В.С. Вопилову  Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение медицинских услуг, оказываемых на платной основе по договору № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.  Мне разъяснено и понятно мной право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области. |