|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Договор на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_** | | |
| г.Калуга |  | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201    года |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» им. К.Н. Шевченко (сокращенно БСМП) место нахождения и осуществления медицинской деятельности: 248650 г. Калуга, ул. Октябрьская д. 3, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Цкаева А.Ю., действующего на основании Устава, свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 40 № 001350727 от 10.10.2014., выданного инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому округу г. Калуги, лицензии на осуществление медицинской деятельности N ЛО-40-01-001268 от 08.12.2016 года, выданной Министерством здравоохранения Калужской области, находящимся по адресу: 248016 г. Калуга, ул. Пролетарская, д. 111, т. (4842)71-90-02, (4842)71-90-77, лицензии № ФС-40-01-000720 от 10.03.2016 года, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, находящейся по адресу: 248000 г. Калуга, ул. Вилонова, д. 46, т. (4842)55-18-00, (4842)76-40-02 (перечень работ (услуг) которые вправе осуществлять Исполнитель (Приложение № 1)), Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года N 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», с одной стороны, и гражданин   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО пациента  Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  номер телефона  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | |
| **1 ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | |
| 1.1.Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Приложение №2 к договору. Порядок оказания платных медицинских услуг регулируется настоящим договором, а также Положением о предоставлении платных медицинских услуг БСМП                            1.2 Срок оказания медицинских услуг в течение 10 календарных дней после выполнения условий, указанных в п.п.2.2 договора | | |
| **2 СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ** | | |
| 2.1 Стоимость медицинских услуг согласно утвержденному прейскуранту предоставляемых на основании настоящего договора указана в Приложении № 2 к договору.                2.2 Оплата медицинских услуг производится Потребителем, его страховой компанией либо третьим лицом на расчетный счет Исполнителя или посредством наличной оплаты в кассу учреждения до оказания услуг. | | |
| **3 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | |
| 3.1 Исполнитель обязан:                 - оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь после ее оплаты в установленный настоящим договором срок;                - исполнение всех действий ( манипуляций, процедур, диагностические и лечебные вмешательства, назначение препаратов, методов лечения, обследования и др.) произвести в строгом соответствии с требованиями Минздрава РФ и объективным состоянием здоровья Потребителя;                - предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах;                - предупредить Заказчика о том, что если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, эти услуги Заказчику будут оказаны на возмездной основе              3.2 Исполнитель имеет право:                 - в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований , манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.               3.3 Потребитель обязан:                - информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;                - явиться на лечение в установленное время, согласованное с врачом;                - точно выполнять назначения и рекомендации врача и медицинского персонала;                - информировать обо всех изменениях в состоянии здоровья при получении назначения лечения и лекарственных препаратов;              3.4 Потребитель имеет право:                 - по согласованию с Исполнителем заменить лечащего врача другим штатным специалистом;                - получить информацию о результатах проведенного лечения, своем состоянии здоровья, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях;                - знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;                - на возмещение вреда в случае ненадлежащего исполнения;                - отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму за вычетом стоимости уже выполненных услуг ( части услуг) или затрат, связанных с подготовкой оказания услуги. | | |
| **4 ЗАВЕРЕНИЕ ОБ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ** | | |
| 4.1 Потребитель заверяет, что он уведомлен о том, что данная услуга является платной.              4.2 Потребитель заверяет, что он ознакомлен с прейскурантом цен на услуги и согласен с ценой данной услуги.             4.3 Потребитель заверяет, что он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медработника (в том числе назначение режима лечения) могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.              4.4 Потребитель заверяет, что он предупрежден о возможности получения им альтернативной медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.               ***4.5 Потребитель заверяет, что он отказался от предложенной альтернативной бесплатной медицинской помощи.*** | | |
| **5 ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | |
| 5.1 Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний для проведения медицинской услуги.    5.2 Потребитель уведомлен об уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего договора.              5.3 С учетом самой технологии выполнения медицинских услуг Потребитель должен знать и сознавать побочные эффекты медицинского вмешательства и осложнения.               5.4 В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенной организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения требовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель устраняет подобные вредные последствия без дополнительной платы.               5.5 В связи с оказанием медицинских услуг в предусмотренных нормативными актами Минздрава РФ Потребителю по его требованию выдается листок временной нетрудоспособности.               5.6 Потребитель подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данных медицинских услуг и условиями ее предоставления. | | |
| **6 СОБЛЮДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТАЙНЫ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ** | | |
| 6.1 Исполнитель ведет установленную медицинскую документацию, подтверждающую выполнение медицинских услуг. При этом Исполнитель гарантирует соблюдение конфиденциальности и неразглашение медицинской тайны, кроме случаев, предусмотренных законом. | | |
| **7 ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | |
| 7.1 В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель вправе по собственному выбору потребовать:                 - безвозмездного устранения недостатков оказания услуг;                - соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;                - возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказания услуги в других медицинских учреждениях.            7.2 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ. | | |
| **8 ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** | | |
| 8.1 Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон.              8.2 Договор может быть изменен или расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательствам РФ. | | |
| **9 ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** | | |
| 9.1 В случае если из-за несовершеннолетия, недееспособности, инвалидности или тяжести заболевания пациент не в состоянии заключить договор с Исполнителем, то родители, или совершеннолетние родственники или опекуны, а также, лица, ухаживающие за Потребителем, вправе заключить настоящий договор от его имени и в его интересах, равно как и контролировать выполнение настоящего договора.              9.2 Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.              9.3 Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.              9.4 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых у Исполнителя, а другой у Потребителя | | |
| **10 РЕКВИЗИТЫ СТОРОН** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужская областная клиническая больница скорой медицинской помощи» им. К.Н. Шевченко  248650, г.Калуга, ул.Октябрьская,3 Тел.74-40-91 | **Потребитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.Ю. Цкаев/    «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | Проживающий по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /  подпись                            расшифровка подписи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Потребитель** | | |
| Я, в соответствии с требованиями ст. 9. ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» №152 –ФЗ, подтверждаю согласие на все действия (сбор, хранение, систематизацию, использование и пр.) в БСМП с моими персональными данными, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания мне в БСМП медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам данного учреждения передавать мои персональные данные другим должностным лицам в интересах обследования и лечения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. | | |
| Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |  |