**СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_информирован(а) об альтернативе бесплатного получения соответствующих услуг, входящих в 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, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявлении на получение медицинских(ой) услуг(и) платно, в соответствии с заключенным Договором на предоставление платных медицинских услуг.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА).**

До заключения договора Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника «Исполнителя», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, нарушение режима стационара, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой негативные последствия в виде невозможности оказания медицинской услуги в установленный срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

«Потребитель (Заказчик)»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись ФИО Дата

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Комсомольск-на-Амуре | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. |

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница» министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Горлач Ольги Александровны, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем «Потребитель (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: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница» министерства здравоохранения Хабаровского края.

1.1.2. Адрес местонахождения: г. Комсомольск-на-Амуре, 681000, ул. Летчиков, 3

1.1.3. Адрес мест оказания медицинских услуг: г. Комсомольск-на-Амуре\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: серия 27 №002101016, ОГРН 1022700523284, выдано 02 ноября 2012 г. ИФНС по г. Комсомольску-на-Амуре по Хабаровскому краю. ИНН 2727027263.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия № ЛО41-01189-27/00328456 от 29.12.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края (680000 г. Хабаровск, ул. Муравьева Амурского дом 32, тел. 8(4212)402000) Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, которая находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Потребителе (Заказчике).

1.2.1. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2.2. Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2.3. Данные документа, удостоверяющего личность: паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель (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 договором:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Стоимость мед. услуги, руб. |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

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

2.3. При необходимости Потребителю (Заказчику) могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к 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, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

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

3.1.3. Уведомить Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 соответствии с Приказом МЗ РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.2. Потребитель (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 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 Потребителя (Заказчика) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель (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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

4.2. Оплата Потребителем (Заказчиком) стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в п. 4.1 настоящего Договора на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

4.3. Кассовый чек, выданный Исполнителем Потребителю (Заказчику) является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

4.4. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

**5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя (Заказчика) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя (Заказчика).

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель (Заказчик) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. Потребитель (Заказчик) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.7. Потребитель (Заказчик) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

5.8. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

**6. СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

6.1. Медицинские услуги оказываются в соответствии с графиком работы Исполнителя и специалистов, оказывающих медицинские услуги.

6.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. до «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

7.1. За нарушение прав Потребителя (Заказчика) Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

7.2. В случае оказания Потребителю (Заказчику) медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами соответствующей экспертизы, проведённой в установленном законодательством порядке, Потребитель (Заказчик) имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя; - безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги); -привлечь Исполнителя к иным мерами ответственности в соответствии с действующим законодательством.

7.3. Потребитель (Заказчик) несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае Потребитель (Заказчик) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

7.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель (Заказчик) обязан возместить причиненные убытки.

7.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Потребитель (Заказчик) обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

**8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

8.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

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

8.4. В случае отказа Потребителя (Заказчика) 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.

**9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

9.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

9.2 Стороны установили, что форма и способы направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и Исполнителю, определяется в соответствии с действующим законодательством.

9.3. Почтовый адрес и адрес электронной почты Исполнителя на которые может быть направлено обращение (жалоба) следующие: 681000 г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Летчиков, 3/ dgb.medkhv@yandex.ru.

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

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

**10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

10.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

10.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

10.3 Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

**11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель Потребитель (Заказчик)**

Краевое государственное бюджетное Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Детская городская больница» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Министерства здравоохранения Хабаровского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

681000 г. Комсомольск-на-Амуре, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. Летчиков,3, телефон: 8(4217)543254 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Министерство финансов Хабаровского края \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(КГБУЗ «ДГБ» л/с 20226Ш81060)

Казначейский счет 03224643080000002200

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.А.Горлач Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.