**ДОГОВОР**

**на предоставление платных медицинских услуг**

г. Великий Устюг «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

Гражданин (ка)/наименование юридического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемая (ый) далее «Потребитель и (или) Заказчик» с одной стороны, и **БУЗ** **ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 2»** (лицензия на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области № Л041-01135-35/00363045 от 01 октября 2020 года, срок действия – бессрочно, адрес лицензирующего органа: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, телефон: 8 (8172)72-14-25;

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги:

**1.** При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, психиатрии-наркологии, сестринскому делу (162390, Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. Пушкина, д. 9, Советский проспект, д.52)

**2.** При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, функциональной диагностики: психиатрии-наркологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; психиатрии, психиатрии-наркологии; функциональной диагностики (162390, Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. Красная, д. 117).

**3.** При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), психиатрическому освидетельствованию (162390, Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. Пушкина, д. 9, Советский проспект, д.52, ул. Красная, д. 117);

**4.** При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе (162390, Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. Пушкина, д. 9, ул. Красная, д. 117).

**5**. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым)-(162390, Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. Красная, д. 117),

именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Луговиной Оксаны Владимировны, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

**Понятия, используемые в настоящем Договоре**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик – физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;

Исполнитель - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1. **Предмет договора**
   1. «Исполнитель» принимает на себя обязательства предоставить «Потребителю и (или) Заказчику» следующие услуги в амбулаторных, стационарных (нужное подчеркнуть) условиях:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором** | **Условная**  **единица** | **Стоимость платных медицинских услуг, руб.** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| **ВСЕГО:** | | |  |

Срок оплаты услуги: в момент заключения договора.

Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг: услуги оказываются в порядке «живой» очереди в часы платного приема врачей.

Оказание услуг проводится согласно:

а) Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке;

б) Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и иных действующих нормативных актов, регулирующих данную сферу деятельности.

* 1. Указанный в пункте 1.1 вид услуги не включен в объем или не обеспечен Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области, в связи с чем оказывается «Исполнителем» за плату.
  2. Срок оказания услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
  3. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Такие медицинские услуги оказываются бесплатно.
  4. В случае заключения Договора с Заказчиком в пользу Потребителей, Заказчик предоставляет Список потребителей, являющемся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

1. **Обязательства сторон**

**«Потребитель» обязуется:**

* 1. Ознакомиться и оплатить «Исполнителю» предоставляемые услуги по расценкам, действующих на момент заключения договора.
  2. В случае отклонений в состоянии здоровья, связанных с проведенным лечением, своевременно информировать «Исполнителя».

**«Потребитель и (или) Заказчик» при заключении договора ознакомлен:**

* 1. С порядком оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи
  2. С информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

**«Исполнитель» обязуется:**

* 1. Предоставить «Потребителю» услугу, указанную в п. 1.1 с момента предъявления им документа, подтверждающего оплату.
  2. «Исполнитель» обязуется провести качественное обследование и лечение пациента в строгом соответствии с методами и стандартами, принятыми Минздравом и определенными действующим законодательством РФ. «Исполнитель» обязуется использовать для лечения только сертифицированные материалы и лекарства надлежащего качества. Правильно и своевременно заполнять амбулаторную и/или стационарную медицинскую карту пациента, которая является неотъемлемой частью настоящего договора. В карту вносятся сведения о течении и лечении заболевания, а также необходимые требования и рекомендации, которые неукоснительно должен соблюдать «Потребитель».
  3. Обеспечить соответствие предоставляемых услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.
  4. Предоставить «Потребителю» бесплатную, доступную и достоверную информацию, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
  5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом «Потребителя».

Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

2.10. «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, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении лекарственных препаратах и медицинских изделиях без взимания дополнительной платы.

1. **Расчеты**
   1. «Потребитель и (или) Заказчик» осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг при заключении договора.
   2. Оплата осуществляется в денежной форме через кассу или терминал или на счет Учреждения. «Потребителю/Заказчику» выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
   3. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).
2. **Ответственность сторон**
   1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. **Дополнительные условия**
   1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон или в одностороннем порядке или в судебном порядке.

5.2. Изменения и дополнения к Договору действительны, если они оформлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

* 1. Все что не оговорено в настоящем Договоре стороны решили руководствоваться действующим гражданским законодательством РФ.
  2. В случае отказа «Потребителя» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом «Потребитель и (или) Заказчик» оплачивают «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

1. **Заключительные положения**
   1. Претензии и споры, возникающие между «Потребителем и (или) Заказчиком» и «Исполнителем», разрешаются по согласованию сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.
   2. Срок действия Договора c «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года.
2. **Адреса и банковские реквизиты сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»** | | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ и (или) ЗАКАЗЧИК»** |
| **БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 2»**  162390 Вологодская область, г. Великий Устюг ул. Красная 117, т. (81738) 2-41-75  ОГРН 1023502694093 (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц: серия 35 № 001889204, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 10 по Вологодской области)  ИНН 3526010977  Департамент финансов Вологодской области  (БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 2», л/с 008200311) р/с 03224643190000003000  БИК 011909101 ТС 02.01.00  ОТДЕЛЕНИЕ ВОЛОГДА БАНКА РОССИИ//УФК по Вологодской области, г. ВОЛОГДА  сч. банка 40102810445370000022  Код дохода 00000000000000000440 | | **Ф.И.О. потребителя/ Ф.И.О. законного представителя потребителя/наименование юридического лица (Заказчика)/Заказчика**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства (иной адрес для корреспонденции) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Данные документа, удостоверяющего личность  (для физического лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН (для юридического лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН (для юридического лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| главный врач |  | должность (при наличии) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.В.Луговина |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уведомлен (а) о том, что находясь на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&date=20.09.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 2», юридический адрес: Россия, Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. Красная, д. 117 на обработку (хранение, использование и пр.) своих персональных данных о состоянии здоровья медицинским работникам БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 2» с целью оказания мне первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-социальной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в амбулаторно - поликлинических, стационарных подразделениях учреждения.

Я подтверждаю, что я ознакомлен со своими правами об отзыве данного согласия.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/