**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_**

г. Екатеринбург \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ г

**Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Областная детская клиническая больница» (ГАУЗ СО «ОДКБ»)**, осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № ЛО-66-01005732 от 20.12.2018г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице уполномоченного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,действующей на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и «Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с другой стороны,вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг **«Потребителю» (он же – «Пациент»)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_**.\_\_.\_\_\_\_ г. р.**

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю **медицинские услуги** в соответствии с действующей Лицензией (Лицензия № ЛО-66-01005732 от 20.12.2018г. выдана Министерством здравоохранения Свердловской области (адрес: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34 б, тел/факс (343) 312-00-03), на право осуществления медицинской деятельности, представлена на официальном сайте: http://www.odkb.ru/), а Заказчик обязуется оплатить оказанные Потребителю услуги согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги Исполнителя (далее – Прейскурант).

1.2. Медицинские услуги предоставляются Потребителю по адресу: .

1.3. Обязательным предварительным условием оказания медицинских услуг является дача Потребителем/Заказчиком информированного добровольного согласия в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

1.4. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю, а также их стоимость в соответствии с настоящим Договором:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№п/п** | **Наименование медицинской услуги** | **Цена,** **руб.** | **Кол-во услуг, шт.** | **Стоимость, руб.** | **Прим.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |  |  |  |  |

1.5. Срок действия договора и предоставления медицинских услуг: с \_\_**.\_\_**.2019 г. по \_\_**.\_\_**.2019 г.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Получить у Потребителя/Заказчика информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство до момента оказания медицинских услуг в установленном законодательством порядке.

2.1.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги (п. 1.4) качественно, в соответствии с медицинскими технологиями в определенные Договором сроки (п.1.5.), после внесения Заказчиком денежных средств (п. 3.2).

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

2.1.4. В доступной форме предоставить информацию Заказчику сведения о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличия заболеваний, диагнозов, прогнозов, методах лечения и связанных с ними рисков, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатов лечения.

2.1.5. Выдать Заказчику в зависимости от вида оказываемой услуги медицинскую документацию (результаты обследований, консультативное заключение, справку, выписку из истории болезни и т.д.) лично. Допускается предоставление результатов проведенных обследований, заключений иным способом, указанным Потребителем в настоящем договоре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, при этом Потребитель принимает на себя риски получения информации о состоянии его здоровья третьими лицами, поскольку мессенджеры, электронная почта не относятся к защищённым каналам связи, обеспечивающим передачу информации, составляющих врачебную тайну, в безопасном режиме.

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

2.1.7. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания медицинских услуг (п.1.4.), либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания объема и/или качества медицинских услуг.

2.1.8. Предупредить Заказчика, в случае, если показаны дополнительные медицинские услуги, и не оказывать их без согласия Заказчика.

2.1.9. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность информации, касающейся персональных данных и врачебной тайны Потребителя/Заказчика.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Требовать от Заказчика и Потребителя соблюдения правил внутреннего распорядка, а в случае их нарушения – отказать в предоставлении платных медицинских услуг.

2.2.2. Предложить Заказчику/Потребителю получить медицинские услуги (п. 1.4) в иные сроки, если по каким-либо причинам (организационным, техническим, форс-мажорным) их оказание в указанные в договоре сроки стало невозможным.

**2.3.  Заказчик обязуется:**

2.3.1. Оплатить Исполнителю медицинские услуги (п. 1.4), согласно действующему на момент их оказания Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

2.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, непосредственно оказывающему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных Потребителю ранее, а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на выбор и ход обследования и/или лечения.

2.3.3. Обеспечить выполнение всех медицинских предписаний, назначений, рекомендаций медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору, в том числе правила подготовки к обследованиям.

2.3.4. Соблюдать сроки и последовательность получения Потребителем медицинских услуг, правила внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности.

**2.4.  Заказчик имеет право:**

2.4.1. Затребовать у Исполнителя сведения о профессиональной подготовке медицинского персонала, непосредственно участвующего в оказании этих медицинских услуг Потребителю.

2.4.2. При ухудшении самочувствия Потребителя или иным причинам обратиться к Исполнителю, чтобы прервать медицинскую услугу или перенести ее на другой день.

**3. Порядок расчетов**

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту (п. 1.4), определяется в соответствии с действующим на момент их оказания Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг.

3.2. Оплата медицинских услуг при их получении в амбулаторно-поликлинических условиях осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты. Оплата медицинских услуг при их получении в условиях стационара осуществляется Заказчиком не позднее окончания такого лечения. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Обязанность по оплате услуг считается исполненной с момента поступления всей суммы, указанной в п 1.4. в кассу (на расчетный счет) Учреждения в полном объеме.

**4. Ответственность сторон**

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

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

**5. Порядок изменения и расторжения Договора**

5.1. Все изменения условий настоящего договора допустимы лишь при условии достижения взаимного согласия между его сторонами, оформленного в письменном виде уполномоченными представителями сторон, и являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.

**5.2. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случае, если имеет место существенное нарушение условий настоящего договора одной из сторон. Существенным в рамках настоящего договора признается со стороны Заказчика – неисполнение обязательств, связанных с оплатой медицинских услуг, нарушения режима пребывания, со стороны Учреждения – неисполнение обязательств, связанных с оказанием медицинских услуг.**

5.3. Заказчик имеет право на расторжение договора в одностороннем порядке только до начала фактического оказания услуги пациенту Исполнителем. В случае, если Заказчиком заявлено о расторжении договора в одностороннем порядке после выполнения обязательств по оплате, на стадии фактического оказания услуг, договор считается расторгнутым с момента завершения оказания услуги Исполнителем, и оплата по такой услуге не может быть возвращена по основанию одностороннего отказа от исполнения договора (расторжения в одностороннем порядке).

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

**7. Подписи Сторон**

***Заказчик*** *подтверждает, что до 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 ГАУЗ СО «ОДКБ» Положением об оказании платных медицинских услуг и Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке,*

- 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;

*- уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, правил подготовки к исследованиям и проч. могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.*

Я, ***Заказчик***,

Паспорт \_\_\_\_\_\_, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан \_\_**.\_\_**.\_\_\_ , зарегистрирован по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, з*аключая настоящий договор, проинформирован о том, что Потребитель имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст.41 Конституции РФ и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; что при определении размера налоговой базы Заказчик имеет право на получение социальных налоговых вычетов в соответствии со ст.219 п.3 Налогового кодекса РФ в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению Пациента, предоставленные Заказчику Исполнителем. Один экземпляр Договора на руки получил(а). С Правилами внутреннего распорядка ознакомлен (-а). Согласие на обработку персональных данных даю. Не возражаю в отношении использования Исполнителем факсимиле.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Исполнитель:***

**ГАУЗ СО «ОДКБ»** 620149, г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, д. 32, ИНН 6661002199, КПП 667101001, р/с 40601810165773000001, БИК 046577001, Получатель: Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «ОДКБ» л/с 33013909960) Банк получатель: УРАЛЬСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ Код дохода: 00000000000000000130, ОГРН 1026605240969, ОКПО 01944849 ОКТМО:65701000 Тел. (343) 231-91-67, факс (343) 231-91-67

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО уполномоченного лица

 М.П.