**Договор № \_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Архангельск «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Устава и лицензии № ЛО-29-01-002455 от 20 апреля 2018 года, в лице главного врача Тюриковой Ольги Игоревны, действующего на основании Устава,с одной стороны, и

Гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик, законный представитель потребителя», действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_ года рождения (*если несовершеннолетнему на момент оказания медицинских услуг не исполнилось 15 лет*), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора**

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг.

1.2. Исполнитель по заданию Заказчика оказывает Потребителю согласованные сторонами медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством об охране здоровья граждан, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю оказанные медицинские услуги, указанные в документе об оплате, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006.

1.4. Исполнитель на основании выданной лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-29-01-002455 от 20 апреля 2018 года, выданной Министерством здравоохранения Архангельской области (адрес местонахождения: г. Архангельск, пр.Троицкий, д. 49, тел. 21-55-84) имеет право оказыватьследующие виды медицинских услуг:

- Услуги отделения клинической лабораторной диагностики:

клинические исследования, биохимические исследования, коагулологические исследования, иммунологические и иммуноферментные исследования, иммуногематологические исследования;

- Услуги отделения функциональной диагностики;

- Услуги центра медико-генетической консультации;

- Услуги рентгенологического отделения;

- Услуги сурдоцентра;

- Эндоскопические услуги;

-Услуги отделения восстановительного лечения;

-Услуги по оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях;

- прочие услуги: Консультативные услуги врачей (с ученой степенью), высшей, первой, второй квалификационной категории, услуги среднего медицинского персонала врачебного кабинета, пребывание родителя в палате повышенной комфортности «Мать и дитя», пребывание в круглосуточном или дневном стационаре, пребывание родителя с ребенком в палате без питания (с питанием).

**2. Стоимость, срок и порядок оплаты**

2.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с утвержденным Исполнителем прейскурантом на медицинские услуги, указывается в документе об оплате, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2.Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100%-ной предоплаты до начала оказания медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

2.3. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату за предоставляемые услуги (кассовый чек, квитанция или иной документ).

**3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

3.1. Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги, указанные в п. 1.2. договора, на условиях, предусмотренных настоящим договором.

3.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 7.

3.3. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия договора в дни и часы работы, установленные администрацией Исполнителя, согласованные с Заказчиком (действующим в интересах Потребителя), с учетом занятости специалистов Исполнителя и других факторов.Услуги оказываются Исполнителем в соответствии с настоящим Договором в часы работы медицинской организации, в соответствии с утвержденным расписанием и записью на прием специалистов, и доводятся до сведения Заказчика.

3.4. Датой начала оказания услуг является первый день приема Потребителя. Если услуга является разовой, то она считается оказанной в этот же день. Если оказание услуг является продолжительным, то услуга считается оказанной тогда, когда Потребитель получил весь комплекс услуг, предусмотренный настоящим договором, о чем делается отметка в медицинской документации.

3.5. С режимом работы Исполнителя, лицензией на осуществление медицинской деятельности, уставом Исполнителя, Прейскурантом цен на медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403, Заказчик имеет возможность ознакомиться самостоятельно с помощью информации, размещенной на стендах, в сети «Интернет».

3.6. Исполнитель сообщает Заказчику о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [**Программы**](consultantplus://offline/ref=C869F848D244E9E1AD32775CCAB73D61FCC48494EB0BEE1306C26C646DA64617A48E915D0E6DA863i1R0H) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а именно в рамках Программ (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) бесплатно предоставляются: первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

3.7.Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Фактом согласия Заказчика на оказание дополнительных медицинских услуг Потребителю являются документы об оплате дополнительных услуг.

3.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.9. Медицинские услуги оказываются по утвержденным стандартам и соответствуют методам диагностики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.10.Медицинские услуги оказываются с использованием расходных материалов, изделий медицинского назначения, а также медицинского оборудования Исполнителя.

3.11.Качество платных медицинских услуг должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида и условиям настоящего договора. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.12. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (**законного представителя потребителя**), данного в порядке, установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=232BD429242DFFC7171B33E6EA5F0D5A2F183C31F77E501D503E60D706E140DCC166F5A8FD6D2A8BM7D8M) Российской Федерации об охране здоровья граждан.

**4. Права и обязанности сторон**

4.1. Исполнитель обязуется:

- оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую помощь в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и на основании со стандартом оказания медицинской помощи. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

-предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию об оказываемых услугах;

- выдать после оказания услуг необходимые документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг (результаты анализов, заключения с результатами диагностических мероприятий, выписки из медицинской документации) на безвозмездной основе;

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

4.2. Заказчик (законный представитель Потребителя) обязуется:

- по запросу Исполнителя представлять ему необходимые документы и материалы, с целью качественного и своевременного оказания услуг Потребителю;

-оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором;

- заблаговременно информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях Потребителем (с отражением в медицинской документации), известных аллергических реакциях, о наличии заболеваний, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств, процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;

- соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации Исполнителя, в том числе соблюдать рекомендации Исполнителя после оказания услуг.

- ознакомиться, подписать и передать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных.

4.3. Потребитель обязуется (ребенок с 15 лет):

- соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации Исполнителя, в том числе соблюдать рекомендации Исполнителя после оказания услуг.

- ознакомиться, подписать и передать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных.

4.4.Исполнитель имеет право:

-определить объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследований и методов лечения в зависимости от оказываемых медицинских услуг;

- расторгнуть договор при выявлении у Потребителя противопоказаний;

- приостановить оказание услуг или расторгнуть договор в случае нарушения правил поведения со стороны Потребителя (законного представителя Потребителя) с последующим возмещением затрат, связанных с уже оказанными услугами в рамках настоящего договора.

- получать от Заказчика и (или) Потребителялюбую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

- получить оплату за оказание услуг по настоящему Договору.

4.5.Заказчик и Потребительимеют право:

-на предоставление достоверной, доступной информации о медицинской услуге;

-на возмещение вреда здоровью в случае ненадлежащего оказания медицинских услуг;

- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно уплаченную сумму за вычетом затрат Исполнителя, понесенных в связи с уже оказанными услугами в рамках настоящего договора;

- получить документы, подтверждающие оказание платных медицинских услуг, для предоставления их в налоговые органы.

**5. Ответственность сторон**

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

5.2. Вред, причиненныйПотребителю в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей, неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей Заказчиком или по другим основаниям, предусмотренным российским законодательством.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является обстоятельство непреодолимой силы.

**6. Порядок рассмотрения споров**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем официальнойпереписки между сторонами.

6.2. При неурегулировании спорных вопросов спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7. Заключительные положения**

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

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

7.3. договор может быть изменен или быть расторгнут по соглашению сторон, и в одностороннем порядке по основаниям, предусмотренным законодательством российской Федерации и настоящим договором.

7.4. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор и другие документы, оформляемые между Исполнителем и Заказчиком (законным представителем Потребителя) в связи с оказанием медицинских услуг.

7.5. Неотъемлемой частью договора являются согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 1), согласие на обработку персональных данных (приложение №2), документы об оплате медицинских услуг.

**8. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области**  **«Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова»**  Место нахождения: 163002, Архангельская область, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 7  Контактный телефон: (8182) 683890  Электронный адрес: [odkb@atnet.ru](mailto:odkb@atnet.ru)  ИНН 2901017998 КПП 290101001  ОКПО 01916557  УФК по Архангельской области и Ненецкому автономному округу (ГБУЗ АО «АОДКБ») лицевой счет 20246Ц24120  Р/сч 40601810600001000001  Банк получателя: Отделение Архангельск г. Архангельск  БИК 041117001  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.И. Тюрикова | **(Ф.И.О.)**  паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи:  Код подразделения:  Адрес регистрации (места проживания):  Гражданин(-ка)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./            (подпись) (ФИО) |

Приложение № 1

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | г. рождения,  зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Приложение № 1

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | г. рождения,  зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Приложение № 2

СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*ФИО)*

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(серия, номер) (когда и кем выдан)*

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю свое согласие на обработку в ГБУЗ АО «АОДКБ» моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях оказания медицинских услуг.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (операторам), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что **ГБУЗ АО «АОДКБ»**  гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка подписи