**ДОГОВОР   
оказания медицинских услуг с физическим лицом**

г. Армавир                                                                                 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская больница» (лицензия № ЛО-23-01-006778 от 28.01.2014 г.), в лице главного врача Черепивской А.В., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем  «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый в дальнейшем «Пациент», или его представитель, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги (диагностические, лечебные, профилактические или реабилитационные), в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на осуществление медицинской деятельности и действующими нормативными актами о здравоохранении в РФ, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг и выполнять требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

1.2. Отношения между Исполнителем и Пациентом регулируются нормами федерального законодательства, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", и настоящим Договором.

1.3 Заказчик получает, а исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги:

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

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно- техническими возможностями Исполнителя.

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые  устанавливаются администрацией больницы и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в программу ОМС и не финансируется (финансируется) из средств ОМС.

**3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Настоящий Договор предусматривает оказание Заказчику медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующими тарифами на момент получения услуг (Постановление Администрации МО г.Армавир от 26.01.2015 года №130 «Об утверждении тарифов на платные медицинские услуги, оказываемые по желанию граждан МБУЗ «ДГБ»»)

3.2. Оплата  медицинских услуг производится «Пациентом» на условиях 100% предоплаты за весь комплекс услуг, предусмотренных планом лечения, либо по итогам каждого посещения врача, путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя.

3.3Стоимость оказываемых Пациенту услуг согласно прейскуранту составляет:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги по настоящему договору, предоставляя Пациенту квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с имеющейся у Клиники лицензией, сертификатами и действующим законодательством о здравоохранении в РФ.

4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные  к применению в установленном законом порядке.

4.1.3. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг  с  указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию  медицинских услуг силами собственных специалистов  и/или сотрудников медицинских  учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

4.1.5. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской  документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние   здоровья Пациента.

4.1.6. Уведомлять Пациента об изменении стоимости медицинских услуг не менее чем за 10 (десять) календарных дней до их введения в действие путем размещения Прейскуранта на информационном табло в вестибюле больницы.

4.1.7. Уведомлять Пациента об изменениях условий Договора не менее чем за 10 (десять) календарных дней до вступления изменений путем размещения Прейскуранта на информационном табло в вестибюле больницы.

4.1.8. Обеспечить Клиента всей необходимой документацией для получения налогового вычета в соответствии с Налоговым кодексом РФ.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи Пациенту, в том числе и не предусмотренной договором.

4.2.2. В случае нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача (ей), расторгнуть настоящий договор с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.

4.2.3. В одностороннем порядке изменять стоимость медицинских услуг, предварительно уведомив Пациента в соответствии с  п. 4.1.6.

4.3.Пациент имеет право:

4.3.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования,  наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.3.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.3.3. В любое время расторгнуть настоящий договор, уплатив Клинике стоимость фактически оказанной услуги и возместив Исполнителю расходы, произведенные последним до получения уведомления Пациента об отказе от договора.

4.4. Пациент  обязуется:

4.4.1. Информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах.

4.4.2. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора, точно выполнять назначения и рекомендации специалистов и своевременно информировать Исполнителя о любых  обстоятельствах,  препятствующих исполнению Пациентом настоящего договора.

4.4.3. Заблаговременно, до начала приема или процедуры, информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги по телефону: 8(86137)2-20-34.  В  случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к  назначенному ему времени  получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока получения или отмену услуги.

4.4.4. При обращении за медицинской помощью предоставить документ, удостоверяющий его личность.

4.4.5. В полном объеме и в сроки, установленные настоящим Договором, производить оплату медицинских услуг, оказанных Исполнителем.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Исполнитель обязуется  хранить в тайне информацию о факте обращения  Пациента за медицинской  помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в  интересах обследования и лечения Пациента.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или   его  представителя допускается в целях обследования  и  лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

**7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

7.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется  другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

7.2. При не достижении соглашения споры между сторонами рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

**8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»  352900, РОССИЯ, Краснодарский край г.Армавир, ул. Энгельса,2/2  тел/факс: 8 (86137) 2-33-11  ИНН 2302001117 КПП 230201001  ОГРН 1022300641978  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Черепивская А.В./  (подпись) | Пациент:  Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я получил исчерпывающую информацию по предложенному лечению и согласен с ним.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) |