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

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Анапа** | **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.** |

ОАО «Санаторий «Родник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности № \_\_\_\_\_ и лицензий на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-011631 от 02.10.2017г. выданных Министерством здравоохранения Краснодарского края (расположенного по адресу: г.Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел. (861)992-53-03.), с одной стороны, и**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемый/ая в дальнейшем «Потребитель» / «Заказчик», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного пред­ставителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить дан­ную помощь.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору указан в Приложение к настоящему договору.

1.3. Срок оказания медицинских услуг:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ –** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1.4. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдаст Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отра­жающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1.Исполнитель обязуется:

2.1.1.Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2.Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесе­ния Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставле­ния документов, подтверждающих оплату: с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3.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.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4.По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицин­ских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предостав­лении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную меди­цинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах меди­цинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5.Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию;

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, свя­занных с ними рисках, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

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

2.1.7.Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, посту­пивших от Потребителя.

2.1.8.Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания меди­цинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2.Исполнитель вправе:

2.2.1.Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2.При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.3.Потребитель обязуется:

2.3.1.Оплатить стоимость услуг, указанных в перечне оказываемых платных услуг.

2.3.2.Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов про­веденных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3.Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4.Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского ра­ботника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4.Потребитель имеет право:

2.4.1.Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2.Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5.Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, а именно: паспортные данные; сведения о месте проживания и регистрации; диагноз; результаты исследований; сведения о назначенных процедурах; принимаемых лекарственных средствах.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1.Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, указывается в Приложение к настоящему договору.

3.2.Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3.Потребитель осуществляет 100 %-ную предоплату медицинских услуг наличными/безналичными денежными средствами в кассу Исполнителя.

3.4.В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, ране уплаченной суммы возвращается Потребителю.

3.5.В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

**4. Ответственность сторон**

4.1. 3а неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и 3.5 настоящего договора.

**5. Конфиденциальность**

5.1.Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2.Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

**6.Заключительные положения**

6.1.До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.2.Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3.Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.4.Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5.Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Реквизиты и подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  ОАО «Санаторий «Родник»  353456, Краснодарский край, г. Анапа, Пионерский пр-кт, 30  ИНН 2301006151 КПП 230101001  ОГРН 1022300521341  выдан ИФНС России по г. Анапа18.12.2002г  р/с 40702810330040101367  к/с 30101810100000000602 БИК 040349602  Отделение №8619 Сбербанка России г. Краснодар  Кассир:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ / | Потребитель/Заказчик:  Паспорт:  Выдан:**,**  Зарегистрирован:  Тел.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/** **/** |

**Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС). Я информирован(а), что ОАО «Санаторий «Родник» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает медицинскую помощь.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. |

Приложение

г. Анапа «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Перечень, оказываемых платных услуг

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, в возрасте **\_\_\_\_\_\_\_\_**лет, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ОАО «Санаторий «Родник» (далее - Санаторий) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от работников Санатория полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в Санатории, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Санаторий не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Санатория.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2.Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем составляет:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.**

Пациент / Законный представитель

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** паспорт серия:**,** №**,**

Адрес: **,** Телефон:

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

Информацию до пациента довел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.