|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Договор № ХМГ-000хххх  на предоставление платных медицинских услуг  г. Ханты-Мансийск **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**  Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округ - Югры "Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница", ИНН 8601010209, КПП 860101001, ОГРН 1028600517219 действующее на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности (первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара, оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях, проведение медицинских осмотров, проведение медицинских освидетельствований, проведение медицинских экспертиз, проведение судебно-психиатрических экспертиз) : № ЛО-86-01-003620 от «16» июля 2020 года выдана службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения ХМАО-Югры (адрес: г. Ханты-Мансийск ул. Карла Маркса д.30, тел. 8 (3467) 33-37-41), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:  **1. Предмет договора**  1.1. Исполнитель, в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности, и действующим на момент заключения настоящего договора прейскурантом тарифов обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с перечнем предоставляемых услуг, указанных в приложении № 1 к настоящему договору, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги в сроки и порядке, предусмотренных настоящим договором.  1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в т.ч. предъявляемым к качеству медицинских услуг.  1.3. Платные медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, предоставляются Исполнителем по адресу: г. Ханты-Мансийск, ул. Гагарина, д. 106.  **2. Права и обязанности сторон**  2.1. Потребитель имеет право:  2.1.1. На информацию о квалификации, наличие сертификата, ученой степени врача, принимающего участие в предоставлении платных медицинских услуг.  2.1.2. На качественное, своевременное и безопасное для жизни и здоровья предоставление платных медицинских услуг.  2.1.3. На получение в доступной для понимания форме информации о технологии предоставления платных медицинских услуг, возможных последствиях и осложнениях, а также о наличии альтернативных видов подобного рода услуг с целью обеспечения права на информированный выбор.  2.1.4. На выбор врача, принимающего участие в предоставлении платных медицинских услуг с учетом согласия врача.  2.1.5. На отказ от медицинского вмешательства на любом этапе его подготовки и проведения, при условии надлежащего оформления.  2.1.6. Предъявлять требования о возмещении ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  2.1.7. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.  2.2. Потребитель обязан:  2.2.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.  2.2.2. Ознакомиться с планом лечения.  2.2.3. Оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг на условиях, предусмотренных настоящим договором.  2.2.4. Выполнять назначения лечащего врача, требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.  2.2.5. Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе в целях проведения лечебно-диагностических мероприятий.  2.2.6. Явиться в место получения медицинских услуг в назначенное время.  2.2.7. Соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации.  2.2.8. На момент подписания договора предоставить банковские реквизиты для перечисления излишне  уплаченных денежных средств, в случае возникновения обстоятельств, предусмотренных п. 3.5., п. 3.6. настоящего договора. | 2.3. Исполнитель имеет право:  2.3.1. Устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.  2.3.2. Требовать возмещения материальных потерь с Потребителя в случае причинения им ущерба имуществу Исполнителя.  2.3.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка медицинской организации, назначений лечащего врача, требований медицинского персонала и нарушения режима работы.  2.3.4. Увеличить объем медицинской помощи без письменного согласия Потребителя, если это необходимо для устранения угрозы его жизни при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без увеличения цены договора.  2.4. Исполнитель обязан:  2.4.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.  2.4.2. Информировать Потребителя о времени, сроках и условиях оказания медицинских услуг.  2.4.3. Предоставить Потребителю контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца), подтверждающий факт оплаты.  2.4.4. Довести до Потребителя полную и достоверную информацию о медицинском персонале, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, о технологии предоставления платных медицинских услуг, возможных осложнениях, о режиме работы.  2.4.5. По результатам оказания медицинских услуг выдать Потребителю соответствующую медицинскую документацию, предусмотренную нормативными документами. Врач, проводивший обследование, уведомляет Потребителя о сроке получения результата обследования. Результат обследования, заключение врача выдается Потребителю после осуществления Потребителем оплаты в соответствии с разделом настоящего договора.  Медицинская документация (копии, выписки из нее), отображающая состояние здоровья оформляется после получения медицинских услуг, без взимания дополнительной платы на основании письменного заявления Потребителя в течении 3-х рабочих дней.  2.4.6. Обеспечить реализацию прав Потребителя в соответствии с п. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".  2.4.7. В процессе оказания медицинской помощи информировать Потребителя о предстоящих основных или дополнительных лечебных и иных процедурах, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости.  2.4.8. Организовывать за счет Потребителя и с его согласия необходимые обследования в других медицинских организациях, состоящих с Исполнителем в договорных отношениях при невозможности осуществления таковых своими силами.  **3. Стоимость услуг и порядок оплаты**  3.1. Стоимость услуг определяется прейскурантом тарифов Исполнителя, действующим на момент заключения настоящего договора.  3.2. Оплата осуществляется Потребителем согласно Приложению 1 к настоящему договору в порядке 100% предоплаты до предоставления платной медицинской услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.  3.3. Общая сумма стоимости платных медицинских услуг составляет 986 (Девятьсот восемьдесят шесть рублей 00 копеек).  3.4. В случае необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг Стороны заключают новый договор.  3.5. Если в случае оказания услуг по настоящему договору будет выявлена объективная необходимость изменения намеченного и согласованного плана лечения (объема услуг), стоимость медицинских услуг, определенная п. 3.2. настоящего договора, может быть скорректирована и согласована Сторонами путем увеличения или уменьшения. Расчет стоимости услуг в данном случае осуществляется Исполнителем.  3.6. Исполнитель возвращает Потребителю излишне оплаченную сумму в течение 20 рабочих дней со дня подписания акта оказания услуг на основании Приложения № 2 к настоящему договору.  **4. Ответственность сторон**  4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.  4.2. Ответственность Исполнителя не наступает в том случае, если:  4.2.1. Неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора произошло вследствие непреодолимой силы;  4.2.2. При наступлении осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма Потребителя, если платная медицинская услуга предоставлена с соблюдением стандартов оказания медицинской помощи;  4.2.3. Потребитель умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему договору, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.  4.3. В случае, когда невозможность исполнения настоящего договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы. | |
| 4.4. Стороны несут ответственность за разглашение сведений конфиденциального характера. Виновная сторона обязуется возместить убытки другой стороне понесенные ею в связи с этим.  4.5. Все споры по настоящему договору разрешаются сторонами путем переговоров и направления письменных претензий. Срок рассмотрения полученных претензий не более 30 дней с момента получения претензии. При не достижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке.  **5. Сроки**  5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств. При этом обязанность Исполнителя предоставить Потребителю медицинскую услугу возникает после выполнения Потребителем пункта 3.2 настоящего договора.  **6. Порядок изменения и расторжения договора**  6.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон, а также в случаях и по основаниям предусмотренных законодательством Российской Федерации.  **7. Иные условия**  7.1. Подписанием настоящего договора Потребитель дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или иное действие медицинского персонала, необходимое для выполнения условий настоящего договора.  7.2. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что информирован о характере медицинского вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.  7.3. Подписанием настоящего договора Потребитель дает согласие на обработку его персональных данных в медицинских целях в соответствии с федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных".  7.4. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что ознакомлен с планом лечения и правилами внутреннего распорядка.  7.5. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что ему в доступной форме была предоставлена информация 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 в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре.  7.6. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом тарифов на услуги, с Правилами предоставления платных медицинских услуг, действующих у Исполнителя, с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 и ему предоставлена информация в доступной форме, предусмотренная данными актами.  7.7. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора ознакомлен с условиями и сроками (в том числе сроками ожидания) медицинских услуг.  7.8. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по каждому из Сторон.  **8. Реквизиты и подписи сторон**   |  |  | | --- | --- | | Исполнитель:  Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»  628002, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Гагарина, 106.  ИНН/КПП: 8601010209/860101001  ОГРН 1028600517219  Р\счет: 40201810700000000001, Получатель: Департамент финансов ХМАО (бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры"Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница»)  тел: 8(3467)393-200, 393-340  регистратура: (3467)393-260  (должность) (подпись) (расшифровка)  м.п. | Потребитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (если имеется))  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия, номер паспорта, кем выдан\*:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка)  \* не заполняется при предоставлении платных медицинских услуг на обращающихся за анонимной медицинской помощью больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. | | | **Приложение № 1**  к договору на предоставление  платных медицинских услуг  № ХМГ-000хххх от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.  **Перечень оказываемых платных медицинских услуг**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | № | Наименование услуги | Цена, руб. | Кол-во | Сумма, руб. | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  | | 7 |  |  |  |  | | 8 |  |  |  |  | | 9 |  |  |  |  | | 10 |  |  |  |  | | 11 |  |  |  |  | | 12 |  |  |  |  | | 13 |  |  |  |  | | 14 |  |  |  |  | | 15 |  |  |  |  | | 16 |  |  |  |  | | 17 |  |  |  |  | | 18 |  |  |  |  | | 19 |  |  |  |  | | 20 |  |  |  |  | | 21 |  |  |  |  | | 22 |  |  |  |  | |  | Итого: | х |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **Исполнитель:** | **Потребитель:** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность) (подпись) (расшифровка)  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (расшифровка подписи) |   **Приложение № 2**  к договору на предоставление  платных медицинских услуг  № ХМГ-000хххх от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.  **Реквизиты для перечисления излишне оплаченной суммы**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Лицевой счет: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | БИК: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | Банк: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |       Прошу, при наступлении обстоятельств, предусмотренных пунктами 3.5. и 3.6 перечислить денежные средства на вышеуказанные реквизиты.     |  |  | | --- | --- | | **Исполнитель:** | **Потребитель:** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность) (подпись) (расшифровка)  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) | | |

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница"

(ИНН: 8601010209/КПП: 860101001)

Адрес (юридический): 628011, Тюменская область, г. Ханты-Мансийск, ул. Гагарина, 106

тел: 8(3467)393-200, 393-340

**Акт об оказании услуг**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.**

Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество)

Основание: Договор № ХМГ-000хххх от: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Валюта: Российский рубль

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование работы (услуги) | Ед. изм. | Количество | Цена,  руб. | Сумма, руб. |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| Итого: | | | | |  |
| В том числе НДС: | | | | | 0-00 |
| **Всего (с учетом НДС):** | | | | |  |

**Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей 00 копеек в т.ч.: НДС - 00 рублей 00 копеек**

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам услуг не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Потребитель:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность) (подпись) (расшифровка)  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) |