Приложение № 2

к приказу главного врача

от 01. 09. 2023 г. № 228/2

**Д О Г О В О Р № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Октябрьск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Октябрьская центральная городская больница», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Главного врача Шугуровой Светланы Геннадьевны, действующего на основании Устава, в соответствии со свидетельством ОГРН 1026303064589 серия 63 № 005727768 выданное Министерством Российской Федерации по налогам и сборам, лицензией № Л0-63-01-004987 от 14.02.2019, согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО 00.00.0000 , именуемый в дальнейшем **Пациент**, паспорт (паспорт РФ) выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. **Исполнитель** оказывает **Пациенту** медицинскую помощь, включающую предоставление следующей медицинской услуги:

(111100) 11.1.1. (цена 00.00 руб.)

(111100) 11.1.2. (цена 00.00 руб.)

(далее – медицинская услуга).

* 1. **Пациент** оплачивает оказываемые услуги в порядке на условиях, установленных настоящим договором.
  2. Срок ожидания медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
  3. Перечень работ в соответствии с лицензией № Л0-63-01-004987 от 14.02.2019, согласно реестру лицензий, лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Самарской области:

- при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской эндокринологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, рентгенологии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, ультразвуковой диагностике, урологии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, неврологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, хирургии (абдоминальной), эндокринологии, эндоскопии. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях: сестринскому делу, терапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

**2.Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Стоимость медицинской услуги составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей) в соответствии с действующим прейскурантом цен (п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_)**.**

2.2. Оплата за медицинские услуги производится в кассе **Исполнителя**.

2.3. Расчеты за предоставляемые медицинские услуги производятся **Пациентом** в порядке предварительной оплаты, путем внесения стоимости медицинских услуг наличными деньгами в кассу **Исполнителя**, с выдачей кассового чека (квитанции об оплате медицинской услуги).

2.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникшей по вине **Пациента**, услуги подлежат оплате в полном объеме.

2.5. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, не зависящим от сторон, **Пациент** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные расходы.

**3.Права и обязанности сторон**

3.1. **Исполнитель** обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить **Пациента** бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о предоставляемой услуге, её стоимости, месте нахождения **Исполнителя**, режиме работы, а также сведения о квалификации специалистов, оказывающих платную медицинскую услугу.

3.1.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом **Пациента.** При согласии **Пациента** оформить дополнительное соглашение к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.4. Обеспечить соблюдение прав Пациента, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

3.2. **Исполнитель** имеет право:

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т. ч. и не предусмотренной договором.

3.3. **Пациент** обязуется:

3.3.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

3.3.2. Выполнять требования **Исполнителя**, обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.3.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, выполнять назначения врача.

3.3.4. Соблюдать правила поведения в ГБУЗ СО «Октябрьская ЦГБ», режим работы ГБУЗ СО «Октябрьская ЦГБ».

3.4. **Пациент** имеет право:

3.4.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества.

3.4.2. На предоставление информации о медицинской услуге и состоянии здоровья **Пациента** в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора и получить обратно оплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** фактически понесенных затрат, связанных с исполнением договора.

3.4.4. Направить обращение (жалобу) по вопросу предоставления платных медицинских услуг:

- в министерство здравоохранения Самарской области по адресу: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; телефон (846) 333-00-16, телефон «Горячей линии» (846) 307-77-99, электронная почта: [zdravso@samregion.ru](mailto:zdravso@samregion.ru);

- в ГБУЗ СО «Октябрьская ЦГБ» по адресу: 445240, Самарская обл., г. Октябрьск, ул. Ленина, 44А, тел./ факс: (846) 462-19-52, электронная почта: oktcgb@yandex.ru

1. **Информация о предоставляемой медицинской услуге**

4.1. Медицинская услуга не оказывается, если у **Пациента** имеются острые воспалительные заболевания.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний, путем опроса **Пациента**.

4.3. Операцию производит врач с высшей или первой квалификационной категорией, имеющий сертификат специалиста.

4.4. В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях, **Пациенту** по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.5. **Пациент** подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления.

4.6. **Пациент** уведомлен в письменной форме 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 **Пациента.**

4.7. **Пациент** проинформирован в письменной форме 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; ознакомлен с перечнем платных услуг, правилами их предоставления, стоимостью услуг.

4.8. **Исполнитель** предоставляет **Пациенту** в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о конкретном медицинском работнике, представляющем 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 договора.

4.9. После исполнения договора исполнитель медицинских документов предоставляет **Пациенту** медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, после оказания услуги, но не позднее 10 рабочих дней без взимания дополнительной платы.

1. **Срок договора**

5.1. Срок действия договора с момента подписания его сторонами до момента его исполнения обязательств.

1. **Ответственность сторон**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. В случае нарушения **Исполнителем** сроков оказания услуг **Пациент** вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.3. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги **Пациент** вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;

- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.4. **Исполнитель** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения **Пациентом** рекомендаций **Исполнителя**, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6.5. **Пациент** обязан полностью возместить **Исполнителю** понесенные убытки, если **Исполнитель** не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине **Пациента**.

6.6. Если **Пациент** после заключения договора отказывается от получения медицинских услуг, договор расторгается. **Исполнитель** информирует об этом **Пациента** в письменном виде, а он оплачивает фактически понесенные **Исполнителем** расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.7. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы. При недостижении согласия, спор передается на разрешение в суд в соответствии с действующим законодательством РФ.

1. **Заключительные положения**

7.1. Все приложения, дополнительные соглашения и протоколы к договору являются неотъемлемой частью договора.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих сторон.

7.3. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, один из которых находится у **Исполнителя**, второй - у **Пациента**.

7.4. **Исполнитель** обязуется хранить в тайне любую информацию и данные, предоставляемые в связи с исполнением договора, не раскрывать и не разглашать третьим лицам в целом или частично факты и информацию без предварительного письменного согласия **Пациента**. **Исполнитель** обязуется не использовать факты или информацию, полученные при исполнении Контракта, для любых целей без предварительного согласия **Пациента**.

Обязательства конфиденциальности, возложенные на **Исполнителя** договором, не распространяются на общедоступную информацию.

**Исполнитель** обеспечивает конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке в соответствии с законодательством о персональных данных, а также иных сведений, составляющих тайну в соответствии с действующим законодательством, в случае, если при исполнении обязательств по договору требуется доступ к таким данным или такие данные стали известными в процессе исполнения обязательств, предусмотренных договором.

7.5. Стороны пришли к соглашению, что со стороны **Исполнителя** настоящий договор может быть подписан с использованием факсимильной подписи.

7.6. **Пациент** подтверждает своё согласие со всеми условиями настоящего Договора, в том числе с условиями оплаты.

1. **Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Пациент** | | **Исполнитель** | | |
| ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (паспорт РФ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зарегистрирован по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  Самарской области «Октябрьская центральная городская  больница», г. Октябрьск, ул. Ленина, 44А  Тел: факс: (846) 462-19-52  МУФ СО (ГБУЗ СО «Октябрьская ЦГБ» л/с 612.01.260.0)  Казначейский счет 03224643360000004200  Отделение Самара Банка России//УФК по Самарской  области г. Самара  БИК 013601205, ИНН 6355000957, КПП 635501001  ОКВЭД 86.10, ОКПО 04903489  Официальный сайт:http://oktcgb.ru  E-mail: oktcgb@yandex.ru | | |
| ПАЦИЕНТ  подтверждает своё согласие с условиями Договора, в том числе с условиями оплаты.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / | ИСПОЛНИТЕЛЬ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | |  |