

Договор № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Сочи

« ____ » _____ 2023г.

_____ именуемая в дальнейшем «Пациенты, Потребители», законный представитель «Пациента, Потребителя» с одной стороны, и **ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава РФ**, действующее на основании лицензии об осуществлении медицинской деятельности №ФС-23-01-004665 от 21.03.2016 г. (бессрочно) выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее-Лицензия), именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Рассоха Ирина Акимовна, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Понятия, применяемые в настоящем договоре соответствуют значению установленному в федеральных законах: «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21.11.2011 г., «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1, Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента (потребителя) обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с перечнем указанным в Лицензией согласно Приложения №1 к настоящему договору (далее - «медицинские услуги»), а Пациент (потребитель) обязуется оплатить медицинские услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения в соответствии с установленными в Учреждение Правилами предоставления платных медицинских услуг.

1.3. Платные медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента (потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

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

2.1.2. Оказывать Пациенту (потребителю) услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями: Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736.

2.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте (потребителе).

2.1.4. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Пациент (потребитель) обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Кроме того, Пациент (потребитель) обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения пациентов (потребителей) в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента (потребителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Требовать от Пациента (потребителя) соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.4. Пациент (потребитель) имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни.

2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. В случае отказа Пациента (потребителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент (потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет рублей _____ руб. 00 коп. (_____ рублей, 00 коп.).

4.2. Оплата Пациентом (потребителем) производится путем 100% предоплаты в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПАЦИЕНТУ (ПОТРЕБИТЕЛЮ) МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

5.1. По исполнению медицинских услуг указанных в п.1.1. договора, потребителю выдаются медицинские документы, предусмотренные подпунктом м) пункта 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736.

6. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Безотлагательно оказывается первичная медико-санитарная помощь при непосредственном обращении пациента.

6.2. Сроки ожидания приема врача по специализации осуществляемой ФГБУ ДДС им. Семашко МЗ РФ не должна превышать 24 часов с момента обращения пациента.

6.3. Сроки проведения консультаций врачей-специалистов по специализации осуществляемой ФГБУ ДДС им. Семашко МЗ РФ не должна превышать 14 рабочих дней.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом (потребителем) в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон.

8. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

8.2. При не урегулировании спорных вопросов - спор подлежат рассмотрению в суде по месту нахождения Исполнителя.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Срок действия настоящего Договора - с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

9.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

9.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9.4. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»:

Федеральное государственное бюджетное учреждение детский дерматологический санаторий имени Н.А.Семашко Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ ДДС им. Н. А. Семашко Минздрава России)

Юр.адрес и факт.адрес: 354207, Российская Федерация, Краснодарский край, г.Сочи, Лазаревский район, ул.Семашко 17а ОГРН 1022302790278, ИНН 2318020997, КПП 231801001, <https://семашко-сочи.рф>

Получатель :УФК по Краснодарскому краю (ФГБУ ДДС им.Н.А.Семашко Минздрава России л/с 20186Х75640) ОГРН инн кпп ИНН/КПП 2318020997/ 231801001

Р/счѐт 03214643000000011800

Банк ЮЖНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ// УФК по Краснодарскому краю г.Краснодар

К/счѐт 40102810945370000010

БИК 010349101 Тел.: 8(862) 2-90-10-50, факс 2-90-10-50

«Пациенты» (потребители):

паспорт серии _____ № _____

Выдан: _____

Регистрация: _____

Адрес: _____

Директор _____ И.А. Рассоха

**Законный представитель
«Пациента, Потребителя»:**

паспорт серии _____ № _____

Выдан: _____

Регистрация:

Адрес: _____

Спецификация

Исполнитель: ФГБУ ДДС им. Н.А.Семашко Минздрава России
Юридический адрес: 354206, г. Сочи, Лазаревский район, ул. Семашко, д. 17а

Заказчик: (Ф.И.О)

п/п	Наименование услуг	Единица измерения	Цена, руб.	Количество	Сумма, руб.
1		усл.ед.			
2		усл. ед.			
3		усл. ед.			
4		усл. ед.			
5		усл. ед.			
6		усл. ед.			
7		усл. ед.			
8		усл. ед.			
9		усл. ед.			
10		усл. ед.			
	ИТОГО:				

_____ рублей, 00 коп.

От «Исполнителя»:

От «Пациента»:

Директор
ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко
Минздрава России

_____ И.А. Рассоха.

От **Законного представителя**
«Пациента, Потребителя»:

ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава России
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

АКТ

_____, именуемый (ая) в дальнейшем "Пациент",
с одной стороны, и **ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко Минздрава РФ**, именуемый в дальнейшем
"Исполнитель", в лице директора Рассоха Ирины Акимовны, действующего на основании Приказа
Минздрава РФ № 113 ПК от 06.06.2022, с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", составили
Акт о нижеследующем:

1. Услуга(и), согласно Договора выполнена(ы) в полном объеме и в срок.
2. Оплата произведена в полном объеме.
3. Стороны претензий друг к другу не имеют.

От «Исполнителя»:

Директор
ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко
Минздрава России

И.А. Рассоха

От «Пациента»:

(фамилия, имя, отчество – полностью)

года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт серии № _____ выдан _____ г.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Паспор явл т:в выдан _____
яюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособн
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) консультативного приема, профилактического и периодического осмотра специалистов, диагностических исследований (в т.ч. в составе диагностических профилей), массажа, лечебных мероприятий, в т.ч. инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур; вакцинацию меня (представляемого), а так же оказание мне (представляемому) всех медицинских услуг, точное наименование которых указано в Приложении №1 к настоящему Договору.

Мне понятен смысл, цели и методы оказания медицинских услуг, точное наименование которых указано в Приложении №1 к настоящему Договору, я прошу об их проведении.

Я информирован о возможных вариантах медицинского вмешательства, о возможных его последствиях и рисках, а так же о его предполагаемых результатах.

Я осознаю, что имею возможность получить медицинскую помощь бесплатно, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в порядке, установленном действующим законодательством.

Я даю свое согласие на обработку моих персональных данных и/или персональных данных представляемого, в том числе с использование средств автоматизации, в той степени, в которой это необходимо для исполнения настоящего Договора и оказания мне (представляемому) медицинских услуг, точное наименование которых указано в Приложении №1 к настоящему Договору.

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания (представляемого мной лица) моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____.

Персональные данные предоставлены мною лично. Согласие на использование моих персональных данных (персональных данных представляемого, доверителя) ДАЮ (НЕ ДАЮ) (нужное подчеркнуть).

Я прошу отправить результаты исследований в виде вложенного файла в формате Adobe® PDF® по электронной почте на электронный адрес: _____, или (указать другой способ передачи) _____ при этом я осознаю возможность несанкционированного доступа третьих лиц к отправленной или присланной информации и даю согласие на пересылку результатов любыми не защищенными способами.

Директор
ФГБУ ДДС им. Н.А. Семашко
Минздрава России

Пациенты (потребители):

И.А. Рассоха

**Законный представитель
«Пациента, Потребителя»:**