Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городской перинатальный центр г. Улан-Удэ» уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую (немедицинскую) услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество платной медицинской (немедицинской) услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Улан-Удэ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

ГАУЗ «ГПЦ г. Улан-Удэ» (учредитель - Министерство здравоохранения Республики Бурятия, (МЗ РБ)), ОГРН 1020300904018, зарегистрированное МРИ ФНС №9 по РБ, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-03-01-002630 от 17.04.2018, выданная МЗ РБ бессрочно, в лице кассира Даржаевой Светланы Валерьевны, действующей на основании доверенности №1 от 09.01.2023 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин, либо его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту следующие платные медицинские услуги:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в размере в соответствии с утвержденным прейскурантом.

* 1. Услуги оказываются по адресу: г. Улан-Удэ, пр. Строителей, д. 2, срок ожидания проведения платной медицинской услуги не более \_\_\_\_\_\_\_\_дней со дня обращения.
  2. Дата оказания платной медицинской услуги «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

1. **Права и обязанности сторон**

2.1. Пациент имеет право:

2.1.1. Требовать надлежащего исполнения Услуг, указанных в п.1.1. настоящего Договора.

2.1.2. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг.

2.1.3. При некачественном предоставлении услуг требовать выполнения услуг другим специалистом.

2.1.4. Отказаться полностью или частично от получения услуг (до момента начала их оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

2.1.5. По окончании оказания платной медицинской услуги, Пациент получает результаты обследования, в соответствии с: Правилами проведения ультразвуковых исследований, утвержденных Приказом МЗ РФ от 08.06.2020 г. №557н; Правилами проведения лабораторных исследований, утвержденных Приказом МЗ РФ от 18.05.2021 г. №464н.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплатить услуги в размере и порядке, указанном в пункте 3 настоящего договора. Пациенту в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

2.2.2. Сообщить все сведения о наличии у него противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на выполнение услуг.

2.2.3. Выполнять требования специалистов Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг.

2.2.4. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Требовать от Пациента своевременной полной оплаты стоимости предоставленных услуг.

2.4. Исполнитель обязуется:

2.4.1. Оказать услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора качественно, в соответствии с договором и в сроки, указанные в настоящем договоре, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями.

2.4.2. Оказать услугу в полном объеме с соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных МЗ РФ (в т.ч. Правил проведения ультразвуковых исследований, утвержденных Приказом МЗ РФ от 08.06.2020 №557н; Правил проведения лабораторных исследований, утвержденных Приказом МЗ РФ от 18.05.2021 г. №464н.)

2.4.3. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

2.4.4. В случае невыполнения или некачественного выполнения взятых обязательств возместить Пациенту стоимость услуг или оказать новые услуги.

2.5. Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.8. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Стоимость услуг для работников ГАУЗ «ГПЦ г. Улан-Удэ» составляет 50% от действующего прейскуранта и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

3.3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств через кассу Исполнителя либо по безналичному расчету в день заключения Договора.

**4.Срок действия договора, порядок расторжения договора**

Настоящий Договор действует с момента его подписания и до полного исполнения обязательств сторонами.

* 1. В случае истечения срока Договора неиспользованные по вине Пациента денежные средства возврату не подлежат.
  2. Договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в следующих случаях:

- нарушение Пациентом порядка и сроков оплаты оказанных медицинских услуг.

- при нарушении Пациентом обязательств, если такое нарушение создает препятствие для оказания медицинских услуг Исполнителем.

* 1. В случае досрочного расторжения Договора Пациентом уплаченные им денежные средства возвращаются за вычетом стоимости оказанных медицинских услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов по выполнению обязательств по Договору.
  2. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Исполнителя в соответствии с п. п. 4.2. уплаченные денежные средства Пациенту не возвращаются.
  3. В случае расторжения договора по инициативе одной из Сторон договор считается расторгнутым по истечении десяти календарных дней с даты получения уведомления о расторжении Договора.

**5. Ответственность сторон**

4.1. Исполнитель гарантирует качество услуг, оказываемых Заказчику в рамках настоящего договора.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине Исполнителя, он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. В случае невозможности исполнения обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате Исполнителю в полном объеме.

4.4. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

**5. Прочие условия**

5.1. Пациент и Исполнитель примут все меры к разрешению всех споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из настоящего договора или в связи с ним, путем переговоров. В случае, если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. При возникновении необходимости оказания услуг, не предусмотренных настоящим договором, то оформляется дополнительное соглашение.

5.3. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и завершается получением услуг Пациентом.

5.4. Настоящий договор подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

5.5. По вопросам, не отраженным в настоящем договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

5.6. Пациент 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент**  Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность: паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации/ места жительства, адрес электронной  почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Исполнитель**  Государственное автономное учреждение здравоохранения  «Городской перинатальный центр  г. Улан-Удэ», 670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 2, Тел. (3012) 55-62-45  сайт http://gpcuu.ru/, электронная почта grd2@mail.ru  ИНН 0323079343 ОГРН 1020300904018  Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Даржаева С.В./  М.П. |

Приложение № 1 к Договору

№\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г.

Настоящая форма разработана в соответствии с положениями п. 36

Правил предоставления медицинскими организациями

платных медицинских услуг,

утв. постановлением Правительства РФ

от 11 мая 2023 г. N 736

Информированное добровольное согласие пациента

на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента

в рамках Договора №\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан – Удэ»

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан – Удэ»

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГАУЗ «Городской перинатальный центр г. Улан – Удэ»

Информацию до пациента довел:

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись расшифровка подписи

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись расшифровка подписи

Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.