***Уважаемые Заказчики!***

***Уведомляем Вас, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, 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.***

***Подпись Заказчика: / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_             дата***

ДОГОВОР №

об оказании возмездных услуг

Санкт-Петербург

Санкт – Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская Городская Клиническая Больница №5 имени Н.Ф. Филатова» (СПб ГБУЗ «ДГКБ №5 им.Н.Ф.Филатова»), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, действующее на основании Устава и имеющее лицензию № ЛО-78-01-008938 от 26.06.2018, (выданы Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, 190068,г.Санкт-Петербург,наб кан.Грибоедова,д.88\90,тел.(812)314-67-89), в лице Главного врача **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, с одной стороны, и **Потребитель** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее - Пациент)**, законный представитель (лицо уполномоченное законным представителем)**\_\_\_\_\_\_**, именуемый в дальнейшем **Заказчик,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту возмездные медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями приложений к настоящему договору.

1.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

1.3.Медицинские услуги оказываются по инициативе Заказчика вне порядка и условий, установленных Программой территориальных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Заказчик при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем, предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, а так же в доступной форме информирован о действующих льготах для отдельных категорий граждан. Подписанием настоящего договора Заказчик отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

**2. ЦЕНА, ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта действующем на момент заключения договора, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Заказчику, указывается в перечне оказанных услуг, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя.

2.3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.4. Стоимость услуг по настоящему Договору составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) НДС не облагается

2.6. Возврат денежных средств неизрасходованных (полностью или частично) в процессе оказания медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, осуществляется в течение 30 рабочих дней на счет Заказчика, указанный им в заявлении.

**3. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Исполнитель** обязуется назначить Исполнителя услуг.

3.1.1. Исполнитель услуг обязуется:

– осуществить в оговоренное с Заказчиком время собеседование, осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, объема необходимого обследования и лечения в четком соответствии с приказами, нормативными документами и методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации;

– предоставить Заказчику достоверную и полную информацию о результатах осмотра, необходимом лечении, дополнительном обследовании, возможностях Исполнителя, свойствах и характеристике услуг в доступной для него форме;

– информировать о возможных последствиях, осложнениях, применяемых инвазивных методах обследования и лечения, с учетом профес­сиональной специфики медицинской услуги, под личную подпись Заказчика на специальном вкладыше (информированное согласие), который прилагается к экземпляру договора Заказчика.

3.1.2. Исполнитель гарантирует выполнение всех действий (манипуляции, процедуры, диагностические и лечебные вмешательства, назначения лекарственных препаратов, методов лечения, обследования и др.) в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми Министерством здравоохранения Российской цФедерации и объективным состоянием здоровья Пациента.

3.2. **Заказчик** обязуется:

3.2.1. Предоставить Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

3.2.2. Оплатить услуги в размере и порядке, указанном в разделе 2 настоящего договора.

3.2.3. Обеспечить выполнение Пациентом назначений и рекомендаций Исполнителя услуг и медицинского персонала Исполнителя.

3.2.4. Информировать Исполнителя обо всех изменениях в состоянии здоровья Пациента при получении назначенного лечения и лекарственных препаратов.

3.2.5. Во время наблюдения и лечения Пациента не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления Исполнителя услуг.

3.2.6. Выполнять рекомендации Исполнителя услуг по выполнению охранительного режима и питания.

3.2.7. Расписываться под информацией, полученной от Исполнителя услуг, в том числе при отказе от предлагаемого медицинского вмешательства.

3.2.8. Информировать Исполнителя услуг, до начала оказания медицинской услуги, о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях Пациента.

3.2.9. Соблюдать график приема специалистов Исполнителя (прибытие на прием к специалисту с задержкой 15 мин и более признается опозданием и может стать основанием для отказа в приеме).

3.3. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Пациента).

3.4. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Исполнитель не несет ответственности (за результаты оказания услуг) в случаях:

– несоблюдения Пациентом рекомендаций Исполнителя услуг или специалиста Исполнителя по лечению.

– за наступление осложнений в случае отказа Пациента и/или Заказчика от дополнительных исследований и лечения, назначенных специалистом Исполнителя.

– выявления у Пациента заболеваний, не указанных им и/или его представителем до начала оказания медицинских услуг, в результате не учтенных медицинским специалистом Исполнителя при назначении лечения и других медицинских манипуляций;

– возникновения у Пациента аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению;

– в случае выявления или возникновения в период лечения или по его окончании изменений состояния организма, которые не связаны с оказанием услуг по настоящему договору, а связано непосредственно с действием медицинских препаратов на организм Пациента;

– в случае если Пациент и/или Заказчик настаивает на конкретном методе медицинского лечения и соглашается принять ответственность на себя, что подтверждает личной подписью;

– за качество расходного медицинского материала, приобретённого Пациентом и/или Заказчиком самостоятельно.

4.3. Исполнитель вправе отказаться в одностороннем порядке от дальнейшего лечения Пациента в случаях:

– невыполнения Пациентом рекомендаций Исполнителя услуг;

– в случае отказа Пациента и/или Заказчика от дополнительных исследований и лечения, назначенных Исполнителем услуг.

4.4. В случае невозможности выполнения услуг по настоящему договору, возникшей по вине Пациента и/или Заказчика, спланированные и не реализованные услуги подлежат оплате Исполнителю в полном объеме (пункт 2 статьи 781 ГК РФ), в т.ч. в случаях опоздания (не прибытия) Пациента на прием к Исполнителю услуг.

4.5. В случае, когда невозможность выполнения услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы (пункт 3 статьи 781 ГК РФ).

4.6. В случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 2 настоящего договора, Исполнитель отказывает Заказчику в оказании услуг до оплаты последним ее полной стоимости.

4.7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы и/или других форс-мажорных обстоятельств, возникших после заключения настоящего договора (то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, стихийных явлений, решений компетентных органов власти, военных действий и т. п.).

4.8. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст. 782 ГК РФ. В случае отказа Пациента, после заключения договора, от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.9. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОМЕНТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

5.1. Результатом оказания медицинских услуг является медицинская справка или заключение, выдаваемое Исполнителем Заказчику. Медицинские услуги являются оказанными с даты составления Исполнителем медицинской справки или заключения.

В случае если Заказчик отказался получить медицинскую справку или заключение, Исполнитель делает об этом отметку в медицинской карте Заказчика и/или составляет односторонний акт об отказе получения медицинской справки или заключения Заказчиком. В этом случае датой оказания медицинских услуг считается дата составления Исполнителем медицинской справки или заключения.

5.2. Оказанная Исполнителем услуга считается исполненной Исполнителем с надлежащим качеством, если Заказчик не заявил Исполнителю претензий в течение 10 дней с момента оказания медицинских услуг.

**6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке.

**7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

7.1.Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

7.2. Изменения положений в договоре осуществляется на основании обоюдного согласия сторон, оформленного в виде дополнительного соглашения к настоящему договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами.

7.4. Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

7.5. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика 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.

8. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф.Филатова"  ИНН: 7816099558  КПП: 781601001  БИК: 044030001  Р/с: 40601810200003000000 СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ г САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  Л/сч : 0151053 Комитет финансов Санкт-Петербурга СПб ГБУЗ "ДГКБ №5 им. Н.Ф.Филатова  Код по ОКПО: 23149874  Телефон: 4000410 | Плательщик:  ФИО:  Паспортные данные:  Адрес  Телефон: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение №1

**к договору возмездного оказания услуг №\_\_\_\_ от \_\_\_**

**ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

**Пациент:**

Исполнитель услуг: СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф.Филатова"

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Отделение/ ответственный | Кол-во | Цена | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ИТОГО: |  |  |  |  |

Общая стоимость оказываемых услуг:

НДС не облагается

|  |  |
| --- | --- |
| Подписи сторон |  |
| От имени исполнителя | Заказчик |
| На основании |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ / |

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании пункта 7 статьи 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан я, \_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся законным представителем (лицо уполномоченное законным представителем) и действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получаю платные медицинские услуги, перечисленные в Приложении№1 настоящего Договора.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО |

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Санкт – Петербург

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся законным представителем (лицо уполномоченное законным представителем) и действующий в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Детская городская клиническая больница №5 имени Н.Ф.Филатова» (далее- ДГКБ№5) наших персональных данных, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случа­ях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимаю­щимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания медицинской помощи я предостав­ляю право медицинским работникам ДГКБ№5 передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам ДГКБ№5 в интересах обследования и лечения.

Предоставляю право ДГКБ№5 осуществлять все действия (операции) с персональными данными моими и моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, бло­кирование, уничтожение. ДГКБ№5 вправе обрабатывать наши персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регла­ментирующими предоставление отчетных данных до­говором ДМС.

ДГКБ№5 имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) наших пер­сональных данных со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от не­санкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моих и моего ребенка соответствует сроку хране­ния первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники).

Передача персональных данных иным лицам или иное их разгла­шение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Контактный телефон(ы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
и почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | Подпись законного представителя(лицо уполномоченное законным представителем) | **Х** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |