ФОРМА

**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Вашем состоянии здоровья.**

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР № \_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

(для плательщика и иностранного гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Барнаул** | **«**\_\_\_**»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **202\_\_г.** |

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)** (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серии 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице начальника планово-экономического отдела (и.о. заместителя главного врача по экономическим вопросам) Катернюк А.Ю., действующей на основании приказа ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г.Барнаул) от 29.12.2023 №347 «О назначении уполномоченного лица осуществляющего закупки для государственных нужд ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г.Барнаул)» и доверенности № 14 от 21.02.2022г. с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», со второй стороны, и

(Ф.И.О. Плательщика)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с третьей стороны,вместе именуемые «Стороны»,  **(**Ф.И.О. Пациента)

заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.4 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Пациент не является лицом, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

1.3. Плательщик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.4. Срок оказания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Сроки оказания платных медицинских услуг |
| Начало  | Окончание |
| 1 |  |  |  |  |

1.5. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Учреждения https://www.orthobarnaul.ru/\_ и на информационных стендах.

1.6. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в соответствии с п.1.4. Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул).

2.2. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Пациента и Плательщика.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через колл-центр Учреждения либо самостоятельно на сайте Учреждения. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Учреждения, с которым Пациент и Плательщик ознакомлены перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Плательщиком в порядке 100% предоплаты до получения Пациентом медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Учреждения (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств; по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Плательщику выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств, перечисленных по безналичному расчету, осуществляется по заявлению Плательщика на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Плательщик произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Плательщика и Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» .

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Учреждение обязано предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.3. Обеспечить соблюдение режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правил поведения Пациентом при нахождении в Учреждении.

4.3.4. Явиться в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Пациент обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через колл-центр Учреждения тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Пациента, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Пациенту в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора

4.3.6. Заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.4. Договора.

4.3.7. Точно выполнять требования сотрудников Учреждения (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.4. Плательщик обязан своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

4.5. Пациент имеет право:

4.5.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.5.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины в его действиях в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам оказания медицинских услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости неоказанной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор в установленном законном порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Пациент или Плательщик вправе требовать возврата денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Плательщик и Пациент подтверждают, что владеют русским языком и текст договора им понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Учреждения: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 либо в электронной форме на адрес электронной почты: 297501@mail.ru либо размещены в личном кабинете Пациента.

7.9. При предъявлении Законным представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Учреждение рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей»

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Учреждение**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)УФК по Алтайскому краю (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510Сайт: https://www.orthobarnaul.ru/ИНН 2225130700, КПП 222501001к/с 40102810045370000009р/с 03214643000000011700БИК 010173001Отделение Барнаул Банка России//УФК по Алтайскому краю г. БарнаулОГРН 1122225006903, ОКПО 38755480, ОКВЭД 86.10ОКТМО 01701000, КБК 00000000000000000130Начальник планово-экономического отдела (и.о. заместителя главного врача по экономическим вопросам)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Катернюк А.Ю.  (подпись)  М.П.М. | **Плательщик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) (Ф.И.О.) М.П. |  | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)  Банковские реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заполняется в случае безналичного расчета) |