Приложение

к приказу ФГБУ «ФЦТОЭ»

Минздрава России (г. Барнаул)

от « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. №\_\_\_\_

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**

(законного представителя)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 № ФС-22-01-001636 от 04.10.2019, выданная 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 заместителя главного врача по экономическим вопросам Черепановой В.В., действующей на основании доверенности № 28 от 20.09.2022 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель»,

 (Ф.И.О. законного представителя)

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.3 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

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

1.3. Срок оказания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Время и дата начала оказания услуги | Дата окончания оказания услуги |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Законный представитель информирован о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Законный представитель подтверждает свое осознанное согласие на получение платных медицинских услуг в Учреждении:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

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. 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 Законный представитель ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Законным представителем в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств, по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением пластиковых карт. В подтверждение произведенной оплаты Законному представителю 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 на указанный Законным представителем расчетный счет или ту же банковскую карту, с которой Законный представитель 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 Законного представителя 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 Законному представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента/Законного представителя 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/Законного представителя. Без согласия Пациента/Законного представителя 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. Законный представитель обязуется:

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

4.3.2. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

4.3.3. 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.

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

4.3.5. Обеспечить явку Пациента в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Законный представитель 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. Обязуется заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.3. Договора.

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

4.4. Законный представитель имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. 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 Законный представитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости не оказанной 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, Законный представитель 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 двух 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, Законный представитель подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

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

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, 297-510ИНН 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 00000000000000000130Заместитель главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черепанова В.В.  (подпись)  М.П.М.П. | **Законный представитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в случае безналичного расчета) |