ФОРМА

Ф**ГБУ «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.**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

(для юридического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 (Ф.И.О. Пациента)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», со второй стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ,

 **(**наименование юридического лица - Плательщика)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Плательщик», с третьей 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. Плательщик 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Пациент 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. Пациент 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 Пациента.

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 Плательщик ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Плательщиком в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения.

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.

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 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 здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.

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. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в Учреждении.

4.3.4. Обеспечить явку 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

4.3.5. Обязуется заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.3. Договора.

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

4.4. Пациент 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.

4.3. Обязанность Плательщика:

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

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 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, Пациент вправе требовать возврат 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, Пациент 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. | **Плательщик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) (Ф.И.О.) М.П. |  | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.) |