

Договор №
на предоставление платных медицинских услуг

Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 17» в лице главного врача Корниловой Э.Г., действующей на основании Устава, лицензия № ЛО -78-01-007700, выдана Комитетом по Здравоохранению Санкт-Петербурга 27.03.2017г. на осуществление медицинской деятельности по следующим видам работ: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностике; лечебному делу; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; медицинскому массажу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: гастроэнтерологии; детской кардиологии; инфекционным болезням; контролю качества медицинской помощи; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; общественному здоровью и организации здравоохранения; оториноларингологии; офтальмологии; педиатрии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике; ультразвуковой диагностике; экспертизе временной нетрудоспособности; эндоскопии; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской хирургии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; контролю качества медицинской помощи; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; общественному здоровью организации здравоохранения; оториноларингологии; офтальмологии; педиатру рентгенологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии функциональной диагностике; экспертизе временной нетрудоспособности; эндоскопии; при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях : по вакцинации (проведению профилактических прививок) именуемой в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ» с одной стороны и

Ф.И.О. родителя (иного законного представителя, действующего по доверенности)
адрес _____ тел. _____ с другой стороны, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг в виде профилактической и лечебно-диагностической помощи:

Наименование услуги (по Прейскуранту) _____

Исполнитель _____

Сумма _____

Время приема _____

№ чека _____ от _____ 20__ г.

1.2. «Заказчик» обязан оплатить оказанные услуги в срок и в порядке, предусмотренном в п.4 настоящего договора.

2. Права и обязанности сторон

2.1 «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан:

- ознакомить «ЗАКАЗЧИКА» с порядком и условиями Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге;
- предоставить «ЗАКАЗЧИКА» бесплатную, достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге, в том числе сведения об имеющемся у «ИСПОЛНИТЕЛЯ» разрешении, лицензии, режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, сведения о квалификации и сертификации специалистов;
- оказать «ЗАКАЗЧИКУ» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные Договором сроки;
- обеспечить соответствие предоставляемых платных услуг «ЗАКАЗЧИКУ» требованиям, предъявляемым к диагностике, профилактике и лечению, разрешенным на территории Российской Федерации;
- не допускать случаев оказания платной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни ЗАКАЗЧИКА и при острой боли;
- в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств;
- бесплатно и безотлагательно оказывать медицинскую помощь иностранным гражданам в случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни, или требующих срочного медицинского вмешательства (в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 186 от 06.03.2013);
- в случае непредвиденного отсутствия специалиста «ИСПОЛНИТЕЛЯ» в день, назначенный для оказания медицинской услуги, назначить другого, квалифицированного специалиста по согласованию с «ЗАКАЗЧИКОМ» для проведения медицинской услуги либо перенести ее выполнение на другое время, предварительно предупредив «ЗАКАЗЧИКА»;
- обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

2.2 «ЗАКАЗЧИК» обязан:

- выполнять требования медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая: выполнение рекомендаций лечащего врача; соблюдение распорядка дня учреждения; правил санитарно-противоэпидемического режима; техники безопасности и противопожарной безопасности;
- предоставить все сведения о состоянии здоровья ребенка;
- информировать лечащего врача о возникших осложнениях, связанных с состоянием его здоровья;
- согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарственных средств, препаратов и т.д.
- ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- оплатить стоимость предоставляемых услуг;
- «ЗАКАЗЧИК» имеет право:
 - на получение информации об оказываемой платной медицинской услуге;
 - знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;
 - выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);
 - требовать сохранения конфиденциальной информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны);
 - отказаться от получения Услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг;
 - на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
 - на информацию о состоянии своего здоровья, 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;
 - потребовать предоставления копий медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

3. Условия и сроки предоставления платных услуг

3.1. «ЗАКАЗЧИК» подтверждает, что ознакомлен с информацией, предоставленной на стенде «Платные медицинские услуги», ему разъяснено, что «ИСПОЛНИТЕЛЬ» действует в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006(далее-Постановление№1006) имеет право предоставлять платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и/или целевыми программами;
- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, гражданам РФ, не проживающим постоянно на её территории и не являющимися застрахованными в ОМС. Если иное не предусмотрено международными договорами РФ;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

3.2. «ЗАКАЗЧИК» подтверждает, что добровольно желает получить медицинскую помощь за счёт собственных средств.

3.3. При заключении настоящего договора «ЗАКАЗЧИК» ознакомлен:

- с порядком оказания медицинской помощи населению и стандартам медицинской помощи, применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг утверждёнными Минздравсоцразвития РФ в полном объёме стандарта медицинской помощи;

- с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании, квалификации);
 - с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 3.4.Услуга предоставляется после оплаты оказываемого вида услуг с приложением платежного документа.
- 3.5. Отказ от платных услуг или перенос на другой день возможен за сутки до назначенного времени приема;
- 3.6. Срок предоставления услуг врачом определяется в каждом конкретном случае индивидуально. Начало срока оказания услуг определяется с момента указанного времени приема и продолжительность определяется врачом в каждом случае индивидуально.
- 3.7. Срок оказания абонементных платных услуг определяется в соответствии с прейскурантом на оказание платных услуг.
- 3.8. При несоблюдении «ЗАКАЗЧИКОМ» обязательств по срокам исполнения услуги (неявка пациента в установленное время) «ИСПОЛНИТЕЛЬ» вправе по своему выбору назначить новый срок оказания услуги.

4. Стоимость работ и порядок оплаты

4.1. Расчеты за выполнение услуг производится до оказания услуги согласно действующему прейскуранту на платные услуги «ИСПОЛНИТЕЛЮ» через контрольно-кассовую машину или по безналичному расчету, по оформленному счету.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору «ИСПОЛНИТЕЛЬ» несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» обязательств по срокам исполнения услуги «ЗАКАЗЧИК» вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения суммы произведенной оплаты.

5.3. В случае отказа «ЗАКАЗЧИКА» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» информирует «ЗАКАЗЧИКА» о расторжении договора по инициативе «ЗАКАЗЧИКА», при этом «ЗАКАЗЧИК» оплачивает «ИСПОЛНИТЕЛЮ» фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае имеющейся угрозы жизни и здоровью пациента.

6. Претензии и споры

6.1. Споры, возникшие между «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» и «ЗАКАЗЧИКОМ» разрешаются путем предъявления претензии. Срок рассмотрения претензии 14 дней.

6.2. Если стороны не придут к согласию, то вправе обратиться за судебной защитой в установленном законом порядке.

7. Расторжение договора

7.1. «ЗАКАЗЧИК» не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке без предупреждения за сутки до начала срока оказания услуг.

7.2. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае несоблюдения сроков выполнения услуги «ЗАКАЗЧИКОМ» (неявка в указанное время).

8. Заключительные положения

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и до окончания срока оказания услуг.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу.

8.3. ЗАКАЗЧИК ознакомлен с Правилами оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий ОМС, отказывается от ее получения и дает добровольное согласие на получение данной медицинской услуги возмездно.

8.4. «ЗАКАЗЧИК» с действующим прейскурантом на оказание платных медицинских услуг ознакомлен. Согласен.

8.5. «ЗАКАЗЧИК» согласен на обработку персональных данных в целях исполнения настоящего договора в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

ЗАКАЗЧИК _____ Ф.И.О./подпись/

9. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____ **ЗАКАЗЧИК:** _____

ИНН 7802064957 / КПП 780201001
194358 г. Санкт-Петербург ул. Есенина д. 38 корп. 2
ОГРН 1027801568761 Свидетельство о рег. выдано
ИМНС России по Выборгскому району Санкт-Петербурга
Комитет Финансов СПб (СПб ГБУЗ ДГП № 17 л/с 0501015)
счет 40601810200003000000
в ГРКЦ ГУ Банка России по СПб БИК 044030001

Главный врач _____

_____ Э.Г. Корнилова _____ Подпись _____/_____/_____

Ф.И.О. _____
Ф.И.О. родителя (иного законного представителя, действующего по доверенности) _____

Паспорт № _____
серия _____
доверенность _____

Приложение к договору № _____ дата _____ " " _____ 201 _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (дополнение) на предоставление медицинских услуг на платной основе

На основании статей 20, 84 Федерального закона № 323 - ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011г. я, _____, желаю получить платные медицинские услуги в СПб ГБУЗ «Детской городской поликлинике №17

ребенку (Ф.И.О.) _____

Я получил(а) _____ полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых медицинских услугах (вид услуги) _____ соответствующих состоянию здоровья ребенка (Ф.И.О.) _____

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории г.Санкт-Петербурга: **в порядке очередности; без выбора по желанию специалистов; без сервисных услуг; по направлению; в профильном учреждении;** _____

Мне также разъяснено, что я могу получить данные медицинские услуги, соответствующие состоянию здоровья ребенка вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории г. Санкт-Петербурга

☐ медицинскую услугу сверх видов, объемов, условий Территориальной программы государственных гарантий. **добровольно.** _____

Согласен _____

Решение об отказе от получения медицинской услуги в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории г. Санкт-Петербурга принято в связи с:

☐ **собственным желанием;**

☐ **Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость медицинской услуги** _____ **в соответствии с прейскурантом 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 пациента " " _____ 201 _____ г

Причина платности: _____

Информацию до пациента довел: _____ **Подпись** _____ **(должность, Ф.И.О.)**

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включённых в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при
выборе врача и медицинской организации для получения медико-санитарной помощи**

_____, «____» _____ г.р., зарегистрированный по адресу: _____ даю информированное согласие на виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и соц. Развития РФ от 23.04.2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 05.05.2012г. №24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом / лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в СПб ГБУЗ «Детская поликлиника №17» Медицинским работником _____.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (Собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 344; 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.3 ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть).

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)