**Договор №** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **от** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг**

г.Владивосток

Гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.р. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** документ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** проживает **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

именуемый в дальнейшем "Потребитель (Заказчик)", с одной стороны, и Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Владивостокская поликлиника №3", действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-25-01-003977 от 15.12.2016г., выданной Департаментом здравоохранения Приморского края (г.Владивосток, ул. 1-я Морская д.2, каб.\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) , в лице Олейника Вадима Владимировича, действующего на основании по доверенности 25АА 1340775 от 26.08.2014, именуемое в дальнейшем "Исполнитель " с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1 ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1 По настоящему договору "Исполнитель" обязуется оказать "Заказчику" платную медицинскую услугу согласно прилож. №2

в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

1.2 "Заказчик" обязуется своевременно и добровольно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.3 По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Заказчиком или его представителем дополнительно.

1.4 Заключением настоящего договора Заказчик подтверждает, что информирован о возможности получения данного вида помощи по программе ОМС (указывается в Приложении № 1 к настоящему договору, являющемуся его неотъемлемой частью).

**2 СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ПЛАТЕЖЕЙ**

2.1 Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом на период обращения Заказчика (в российских рублях). Цена договора составляет  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2.2 Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100 % предоплаты до получения услуг. Оплата производится при безналичном расчёте перечислением средств на расчетный счет учреждения через кредитные учреждения на основании платежного документа (квитанция), после оплаты подписывается данный договор.

2.3 Исполнитель делает ксерокопию кассового чека, выданного Заказчику кредитным учреждением, подтверждающую оплату за медицинскую услугу.

**3 УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1 Оказание медицинских услуг производится в помещении КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3" с использованием оборудования, инструментов и другого инвентаря поликлиники. Обеспечение медикаментами и другими расходными материалами, необходимыми для оказания услуги, осуществляется Исполнителем и входит в стоимость услуги.

3.2 Предоставление услуги производится в часы работы учреждения в порядке общей очереди или по предварительной записи пациента через регистратуру. Телефон регистратуры 2418-567, 2415-599.

3.3 В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуга оказывается без записи и вне очереди.

3.4 В случае неисполнения обязательств по договору Исполнитель обязуется вернуть денежные средства Заказчику за не предоставленную услугу на основании письменного заявления установленного образца (приложение № 3), заверенного Исполнителем.

**4 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1 " Исполнитель" обязуется:

4.1.1 Своевременно и качественно оказать медицинскую услугу в соответствии с условиями настоящего договора 4.1 2. В своей деятельности по оказанию медицинской услуги использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1 2. В своей деятельности по оказанию медицинской услуги использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3 Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика.

4.1.4. По желанию Заказчика составлять смету на предоставление платных услуг.

4.2. "Исполнитель" в праве:

4.2.1 Отказать в оказании медицинской услуги в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуги на условиях, указанных в разделе 2.2 настоящего договора, до оплаты последним ее стоимости.

4.2.2 Отказать Заказчику в проведении данных мероприятий, при выявлении противопоказаний к проведению медицинской услуги.

4.3 Права и обязанности "Заказчика":

4.3.1 Заказчик имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся 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.

4.3.2 Информация, содержащая в медицинских документах Заказчика составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Заказчика только по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

4.3.3 Заказчик имеет право на информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Заказчика не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Заказчика решает консилиум, а в особых случаях, лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком или его представителем, а также медицинским работником.

4.3.4 Заказчик обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком надлежащего договора.

4.3.5 Заказчик обязан заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги. В противном случае Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

**5 ДРУГИЕ УСЛОВИЯ**

5.1 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами обязательств по договору. Настоящий договор без подписанного Заказчиком приложения № 1 юридической силы не имеет.

5.2 Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3 Все споры, вытекающие из настоящего договора, разрешаются Сторонами путем переговоров, в случае невозможности урегулировать споры путем переговоров. Стороны передают его на рассмотрение в суд с соблюдением правил подсудности.

5.4 Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из сторон. Один экземпляр вкладывается в амбулаторную карту Заказчика, как документ, подтверждающий оказание услуги на платной основе.

**6 РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| ЗАКАЗЧИК | ИСПОЛНИТЕЛЬ |
| Ф.И.О. Иванов Александр Иванович | КГБУЗ "Владивостокская поликлиника №3" |
| Документ 05 13 014214 | 690005 г.Владивосток, ул.Луговая, д.55 т.241-85-73 |
| Выдан 22.10.2012 ОУФМС России по ПК в Первомайском р-не г. Владивостока | ИНН 2536054724 КПП253601001 л/с 20206Ц11720 |
| Прописан Владивосток КОТЕЛЬНИКОВА 12 42 | УФК по Приморскому краю ГРКЦ ГУ Банка России по |
|  | Приморскому краю р/с 40601810505071000001 |
|  | БИК 040507001 |
|  | ЕГРЮЛ инспекц. ФНС России по Ленинскому р-ну г.Вл-ток |
|  | ОГРН 1022501297411 ОКВЭД 85.12 |
|  |  |
| Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Каймонова Е.Г.  по по доверенности 25АА 1340775 от 26.08.2014 |

Приложение № 1

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное согласие**

Я, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3", при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № З" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3", в рамках государственных гарантий (программ), установленных законодательством РФ, без взимания платы, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.

3. Я ознакомлен с информацией, включающую в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3" не несет ответственности за их возникновение.

5. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3".

6. Я подтверждаю свое согласие на обработку в КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью. Предоставляю КГБУЗ "Владивостокская поликлиника № 3" право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, внесение в электронную базу данных.

7. Настоящее соглашение является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Настоящее соглашение мною прочитано.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

................................................. (подпись)

Приложение № 2

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_