|  |
| --- |
|    |
| **ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг (в амбулаторных условиях) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| г. Санкт-Петербург  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 2024 г. |
|  |
| Федеральное государственное бюджетное учреждение "Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М.Никифорова" Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России), именуемое в дальнейшем "Исполнитель" (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС-78-01-003169 от 25.11.2020 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес 109074, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел.(495) 698-4538, (499) 578-0230), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и  | 2.3. Заказчик обязан:2.3.1. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно Прейскуранту медицинских услуг (далее – «Прейскурант»), действующему на момент оказания услуги.2.3.2. Подписать добровольное информированное согласие (отказ) на медицинское вмешательство.2.3.3. Предоставить данные о результатах предшествующих исследований и консультаций.2.3.4. В период получения платной медицинской услуги выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, положения внутреннего распорядка Исполнителя и правила поведения пациентов. 2.3.5. В случае невозможности явки по предварительной записи в назначенное время предупредить об этом диспетчерскую службу Исполнителя по телефону (812) 339-3939 не менее чем за сутки. |
|  |
| именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:  |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**  |
|  |  |
| 1.1. Исполнитель оказывает Заказчику по его желанию и сверх Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи платные медицинские услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности.  | **3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** |
| 1.2. Медицинские услуги по Договору оказываются Пациенту, которым является либо Заказчик, либо иное лицо, указанное Заказчиком в качестве Пациента:  | 3.1. Платная медицинская услуга оказывается на условиях 100% предоплаты за наличный расчет и (или) платежной картой в кассу Исполнителя или по безналичному расчету на основании действующего Прейскуранта путем перечисления денежных  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1.3. В случае если Заказчик не является Пациентом, Договор считается заключенным в пользу третьего лица (Пациента), которому Заказчик обязан самостоятельно сообщить о наличии Договора и его содержании.1.4. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Пациента. В случае если Договор заключается Пациентом и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.1.5.Конкретный объем медицинских услуг, оказываемый Исполнителем Заказчику (Пациенту) в рамках настоящего Договора определяется исходя из назначений (рекомендаций) врача и (или) пожеланий Заказчика (Пациента) и является согласованным сторонами при условии оплаты Исполнителю.  | средств на расчетный счет, указанный в настоящем Договоре, по ценам Прейскуранта, действующего на момент оказания услуги, если иное не предусмотрено другими условиями настоящего Договора.3.2.При невозможности заранее определить стоимость исследования, манипуляции и пр., полная стоимость услуги согласовывается Заказчиком (Пациентом) при оказании медицинской услуги и оплачивается после ее проведения.3.3. Возврат денежных средств за оплаченные, но не оказанные медицинские услуги, осуществляется Заказчику в установленном законом порядке. |
| **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**  | **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**  |
| 2.1. Исполнитель обязан:2.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.2.1.2. Предоставить информацию Заказчику (Пациенту) в доступной для него форме о времени, сроках, стоимости и условиях оказания медицинских услуг.2.1.3. В процессе лечения предоставить Заказчику (Пациенту) по его требованию в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.2.1.4.Вести медицинскую документацию, выдать Заказчику (Пациенту) медицинское заключение установленной формы.2.2 Исполнитель имеет право:2.2.1. В случае опоздания Заказчика (Пациента) более чем на 15 минут к назначенному времени получения услуги, перенести оказание услуги на другое время. | 4.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами своих обязательств.  |
|  | **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**  |
|  | 5.1. Стороны несут ответственность за надлежащее исполнение Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.5.2.  Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг.5.3.  Исполнитель освобождается от ответственности перед Заказчиком в случае:5.3.1. Невыполнения Заказчиком (Пациентом) назначений и рекомендаций врача.5.3.2. Сокрытия Заказчиком (Пациентом) информации, имеющей значение для процесса диагностики и лечения, а также дачу ложной информации врачу, что повлекло за собой неадекватное обследование или лечение Заказчика (Пациента). |
|  | **6. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**  |  |
| 5.3.3. Возникновения осложнений или утяжеления течения заболевания по вине третьих лиц.5.3.4. Отказа от услуги в процессе ее оказания по инициативе Заказчика (Пациента) и не завершения в связи с этим начатого лечения.5.3.5. Возникновения осложнений или утяжеления течения заболевания, не связанных с некачественным оказанием медицинской услуги Заказчику (Пациенту).5.4. При неисполнении или ненадлежащем исполнении Сторонами условий Договора, возникающие споры решаются путем переговоров сторон. Претензионный порядок, сроки устранения недостатков оказанных услуг регулируются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей». По спорам, не связанным с защитой прав потребителя, стороны договорились о подсудности по месту нахождения Исполнителя. | 6.1. Заказчик проинформирован о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга, ознакомлен с правилами оказания платных медицинских услуг, Прейскурантом.6.2. Лечение осложнений, о возможности возникновения которых Заказчик (Пациент) был заведомо уведомлен в добровольном информированном согласии, осуществляется Исполнителем и оплачивается Заказчиком.6.3.Заказчик (Пациент) дает согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, удаление и обработку персональных данных, данных о состоянии здоровья и иных данных, необходимых для осуществления медицинского лечебно-диагностического процесса. |  |
|  |  |
| **7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**  |  |
|  |  |
| **Заказчик**  | **Исполнитель**  |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России194044, Санкт - Петербург,ул.Академика Лебедева, дом 4/2, лит.А, пом.1-НИНН 7802065830 КПП 780201001, ОГРН 1027801553922.Свидетельство серия 78 №006580845выдано МИФНС №15 по Санкт-ПетербургуУФК по г. Санкт-Петербургу (ОФК 03, ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М.Никифорова МЧС России, л/с 20726Х38160)казначейский счет 03214643000000017200р/с 40102810945370000005 в Северо-Западном ГУ Банка России БИК 014030106, ОКТМО 40314000,(ОКАТО 40265561000).При оплате в назначении платежа указать код: 00000000000000000130Тел. (812) 339-3939\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Паспорт гражданина Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись Заказчика)  |  |
|  |  |
| **Пациент** |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |  |
| Паспорт гражданина Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись Пациента)  |  |