До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что в соответствии с Федеральным [законом](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=444218#l0) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения, в т.ч. определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер», в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ГБУЗ РК «РКВД» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

До заключения договора Потребитель ознакомлен с действующим прейскурантом Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г

(подпись Потребителя) (расшифровка подписи)

**ДОГОВОР №\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| Республика Коми, г. Сыктывкар | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года |

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер»** (ОГРН 1021100521122, ИНН 1101487015), далее именуемое «Исполнитель, Учреждение» в лице главного врача «ВКВД» - филиала ГБУЗ РК «РКВД» Слепака Андрея Борисовича, действующего на основании Доверенности от 01.01.2023г. №1, с одной стороны и

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (адрес места жительства: город, улица, № дома, № кв., тел.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (данные документа, удостоверяющего личность) |

именуемый в дальнейшем «Потребитель», «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. По настоящему договору Исполнитель обязуется за вознаграждение предоставить Потребителю следующие услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, именуемые в дальнейшем «медицинские услуги», а Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.
   2. Оказание данных услуг осуществляется Исполнителем на основании Лицензии (номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее уполномоченного органа указаны в приложении к договору).
   3. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=152C1D89BA54378A400F486DFCD223AAA4D47297D3FDFB94186E79AB47D4B4D14764B0627600CBC44CC098F61E0B026AD2789D5811112C6Dg0x6H) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) сроки ожидания платных медицинских услуг;

д) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1. **Права и обязанности сторон**
   1. **Потребитель (пациент) имеет право:**
      1. В любой момент отказаться от оказания медицинских услуг с оплатой фактически оказанных услуг.
      2. На получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения (за исключением выходных и праздничных дней).
      3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
      4. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.
      5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.
      6. Получать в доступной для него форме 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.
      7. Имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах  Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом, а также врачом.
   2. **Потребитель (пациент) обязуется:**
      1. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно действующего прейскуранта. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает ознакомление и согласие с действующим прейскурантом.
      2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
      3. Возместить убытки в случае причинения ущерба Потребителем имуществу Исполнителя.
      4. Соблюдать правила поведения пациентов в Учреждении;
      5. Выполнять назначения лечащего врача.
      6. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья.
      7. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему (дежурному) врачу.
   3. **Исполнитель имеет право:**
      1. Определять длительность лечения, объём медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента;
      2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
      3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом;
      4. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил поведения пациентов в Учреждении. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает своё ознакомление с правилами поведения пациентов в Учреждении.
   4. Исполнитель обязан обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.

1. **Цена и порядок оплаты услуг**
   1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает ознакомление, до осуществления оплаты услуг, и согласие с действующим прейскурантом, порядком и условиями оплаты.
   2. Оплата медицинских услуг, за исключением услуг, предусмотренных п.3.4., осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты, т.е. до оказания медицинских услуг, путем внесения денежных средств в кассу либо на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт), при этом Потребителю предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.
   3. В случае, если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. В этом случае, с согласия Потребителя заключается новый договор.
   4. Оплата медицинских услуг по лазерной терапии, физиопроцедурам - осуществляется Потребителем после оказания медицинских услуг, путем внесения денежных средств в кассу либо на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт), при этом Потребителю предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату и стоимость медицинских услуг.
2. **Срок оказания медицинских услуг**
   1. Медицинские услуги должны быть оказаны Исполнителем в срок, предусмотренный стандартами лечения.
   2. Сроки, указанные в п. 4.1. договора, могут быть изменены по соглашению сторон.
3. **Порядок и условия выдачи копии медицинской документации**
   1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».
   2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.
   3. В случае выбора способа получения Потребителем запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.
   4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.
   5. Предоставление Потребителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).
4. **Ответственность сторон**
   1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством за невыполнение или ненадлежащее выполнение договорных обязательств.
   2. Исполнитель несет ответственность за качество, объем и сроки оказываемых пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.
   3. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора в случае:

- нарушения/неисполнения Потребителем обязательств по настоящему договору;

- медицинского вмешательства третьих лиц в период или после оказания услуг Исполнителем;

- непредоставления полной и достоверной информации, предусмотренной п.2.2.6 настоящего договора;

- в случае информированного добровольного отказа Пациента от медицинского вмешательства.

* 1. Потребитель (пациент) несет ответственность:

- за достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- за выполнение/невыполнение всех требований и рекомендаций медицинского персонала по лечению, за соблюдение/несоблюдение указаний врача, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если причиной такого неисполнения/ненадлежащего исполнения является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

1. **Заключительные положения**
   1. Договор заключён в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.
   2. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.
   3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, при одностороннем отказе одной из сторон в случае невыполнения одной из сторон обязательств по договору, по другим основаниям и в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
   4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
2. **Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель (пациент) |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер»  Юридический адрес: 167023, Республика Коми,  г. Сыктывкар, ул. Морозова д.112/1  Почтовый адрес: 169915, г.Воркута, ул.Суворова, д.2Б  ИНН 1101487015, КПП 110101001,  ОГРН 1021100521122  Банк: ОТДЕЛЕНИЕ - НБ РЕСПУБЛИКА КОМИ БАНКА РОССИИ// УФК по Республике Коми  г. Сыктывкар  БИК 018702501  л/с 20076019401 – платные услуги, субсидия на государственное задание, средства во временном распоряжении  Тел.: 8-8212-31-23-18 (приемная);  8-912-865-93-90 (бухгалтерия.),  8-82151-5-35-65 (Воркутинский филиал)  Факс: 8-82151-2-35-64  Адрес электронной почты: v[kvdrk@mail.ru](mailto:kvdrk@mail.ru)  Официальный сайт: http://rkvdkomi.ru/  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А.Б. Слепак  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес и телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ПРИЛОЖЕНИЕ

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. № \_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Номер лицензии | Л041-01176-11/00357685 |
| Дата регистрации | 06.11.2020 |
| Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | 169915, Республика Коми, г. Воркута, ул. Суворова, д. 2 «б» «Воркутинский кожно-венерологический диспансер» - филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер» выполняемые работы, оказываемые услуги:  Приказ 866н;  При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу; физиотерапии;  при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; косметологии; медицинской микробиологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;  При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; физиотерапии;  При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;  При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации. |
| Наименование лицензирующего органа | Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения |
| Адрес места нахождения лицензирующего органа | 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Куратова, 18 |
| Телефон лицензирующего органа | +7 (8212) 24-08-96 |

**Подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель (пациент) |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А.Б. Слепак  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

До заключения договора Исполнитель уведомляет Заказчика и Пациента о том, что в соответствии с Федеральным [законом](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=444218#l0) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязаны соблюдать режим лечения, в т.ч. определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер», в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ГБУЗ РК «РКВД» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

До заключения договора Заказчик и Пациент ознакомлены с действующим прейскурантом Государственного бюджетного учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г

(подпись Заказчика) (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г

(подпись Пациента) (расшифровка подписи)

**ДОГОВОР №\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| Республика Коми, г. Сыктывкар | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года |

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер»** (ОГРН 1021100521122, ИНН 1101487015), далее именуемое «Исполнитель, Учреждение» в лице главного врача «ВКВД» - филиала ГБУЗ РК «РКВД» Слепака Андрея Борисовича, действующего на основании Доверенности от 01.01.2023г. №1, с одной стороны и

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (адрес места жительства: город, улица, № дома, № кв., тел.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (данные документа, удостоверяющего личность) |

именуемый в дальнейшем «Заказчик», и

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (адрес места жительства: город, улица, № дома, № кв., тел.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (данные документа, удостоверяющего личность) |
|  |

именуемый в дальнейшем «Потребитель, Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. По настоящему договору Исполнитель обязуется за вознаграждение предоставить Пациенту следующие услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, именуемые в дальнейшем «медицинские услуги», а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.
   2. Оказание данных услуг осуществляется Исполнителем на основании Лицензии (номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее уполномоченного органа указаны в приложении к договору).
   3. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=152C1D89BA54378A400F486DFCD223AAA4D47297D3FDFB94186E79AB47D4B4D14764B0627600CBC44CC098F61E0B026AD2789D5811112C6Dg0x6H) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) сроки ожидания платных медицинских услуг;

д) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1. **Права и обязанности сторон**
   1. **Заказчик имеет право:**
      1. В любой момент отказаться от оказания медицинских услуг с оплатой фактически оказанных услуг.
      2. На получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения (за исключением выходных и праздничных дней).
      3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
      4. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.
      5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   2. **Заказчик обязуется:**
      1. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг, согласно действующего прейскуранта. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает ознакомление и согласие с действующим прейскурантом.
      2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
      3. Возместить убытки в случае причинения ущерба Потребителем имуществу Исполнителя.
   3. **Пациент имеет право:**
      1. Получать в доступной для него форме 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.
      2. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах  Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.
   4. **Пациент обязуется:**
      1. Соблюдать правила поведения пациентов Учреждения, режим работы Учреждения, иные локальные акты, затрагивающие права и обязанности пациентов.
      2. Выполнять назначения лечащего врача.
      3. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья.
      4. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему (дежурному) врачу.
   5. **Исполнитель имеет право:**
      1. Определять длительность лечения, объём медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента;
      2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
      3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом и Заказчиком;
      4. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил поведения пациентов в учреждении. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает своё ознакомление с правилами поведения пациентов в учреждении.
   6. Исполнитель обязан обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.
2. **Цена и порядок оплаты услуг**
   1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает ознакомление, до осуществления оплаты услуг, и согласие с действующим прейскурантом, порядком и условиями оплаты.
   2. Оплата медицинских услуг, за исключением услуг, предусмотренных п.3.4., осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты, т.е. до оказания медицинских услуг, путем внесения денежных средств в кассу либо на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт), при этом Заказчику предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.
   3. В случае, если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель предупреждает об этом Заказчика или Пациента. В этом случае, с согласия Заказчика заключается новый договор.
   4. Оплата медицинских услуг по лазерной терапии, физиопроцедурам - осуществляется Заказчиком после оказания медицинских услуг, путем внесения денежных средств в кассу либо на расчетный счет Исполнителя (в том числе с использованием платежных карт), при этом Заказчику предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату и стоимость медицинских услуг.
3. **Срок оказания медицинских услуг**
   1. Медицинские услуги должны быть оказаны Исполнителем в срок, предусмотренный стандартами лечения.
   2. Сроки, указанные в п. 4.1. договора, могут быть изменены по соглашению сторон.
4. **Порядок и условия выдачи копии медицинской документации**
   1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель (пациент) либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».
   2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.
   3. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.
   4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.
   5. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).
5. **Ответственность сторон**
   1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством за невыполнение или ненадлежащее выполнение договорных обязательств.
   2. Исполнитель несет ответственность за качество, объем и сроки оказываемых пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, не зависящим от Исполнителя.
   3. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора в случае:

- нарушения/неисполнения Пациентом обязательств по настоящему договору;

- медицинского вмешательства третьих лиц в период или после оказания услуг Исполнителем;

- непредоставления полной и достоверной информации, предусмотренной п.2.4.3 настоящего договора;

- в случае информированного добровольного отказа Пациента от медицинского вмешательства.

* 1. Пациент несет ответственность:

- за достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- за выполнение/невыполнение пациентом всех требований и рекомендаций медицинского персонала по лечению, за соблюдение/несоблюдение указаний врача, предписанных на период после оказания медицинской услуги.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если причиной такого неисполнения/ненадлежащего исполнения является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

1. **Заключительные положения**
   1. Договор заключён в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Пациента.
   2. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.
   3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, при одностороннем отказе одной из сторон в случае невыполнения одной из сторон обязательств по договору, по другим основаниям и в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
   4. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
2. **Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик | Потребитель (пациент) |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер»  Юридический адрес: 167023, Республика Коми,  г. Сыктывкар, ул. Морозова д.112/1  Почтовый адрес: 169915, г.Воркута, ул.Суворова, д.2Б  ИНН 1101487015, КПП 110101001,  ОГРН 1021100521122  Банк: ОТДЕЛЕНИЕ - НБ РЕСПУБЛИКА КОМИ БАНКА РОССИИ// УФК по Республике Коми  г. Сыктывкар  БИК 018702501  л/с 20076019401 – платные услуги, субсидия на государственное задание, средства во временном распоряжении  Тел.: 8-8212-31-23-18 (приемная);  8-912-865-93-90 (бухгалтерия.),  8-82151-5-35-65 (Воркутинский филиал)  Факс: 8-82151-2-35-64  Адрес электронной почты: v[kvdrk@mail.ru](mailto:kvdrk@mail.ru)  Официальный сайт: http://rkvdkomi.ru/  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А.Б. Слепак  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес и телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес и телефон  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ПРИЛОЖЕНИЕ

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. № \_\_\_\_

Сведения о лицензии

|  |  |
| --- | --- |
| Номер лицензии | Л041-01176-11/00357685 |
| Дата регистрации | 06.11.2020 |
| Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность | 169915, Республика Коми, г. Воркута, ул. Суворова, д. 2 «б» «Воркутинский кожно-венерологический диспансер» - филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Республиканский кожно-венерологический диспансер» выполняемые работы, оказываемые услуги:  Приказ 866н;  При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу; физиотерапии;  при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; косметологии; медицинской микробиологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;  При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; физиотерапии;  При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи;  При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации. |
| Наименование лицензирующего органа | Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения |
| Адрес места нахождения лицензирующего органа | 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Куратова, 18 |
| Телефон лицензирующего органа | +7 (8212) 24-08-96 |

**Подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик | Исполнитель |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А.Б. Слепак  м.п. |
| Потребитель (Пациент) |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |