**Договор на оказание платных медицинских услуг №**

р.п.Умет «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

Тамбовское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Уметская ЦРБ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и. о. главного врача Солозобовой А.О. действующего на основании приказа Управления здравоохранения Тамбовской области, от 12.06.2021 №110п/к и лицензии № ЛО-68-01-001112 от 18.05.2018г., с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее Договор) о нижеследующем:

**1.Предмет Договора.**

1.1. По настоящему Договору «Исполнитель» оказывает «Потребителю» медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, согласно Перечню на платные медицинские услуги (далее Перечень), утвержденным в установленном порядке, а «Потребитель» обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2.Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

1.2.1. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах: в полном объеме стандарта медицинской помощи и по просьбе «Потребителя» в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.2.2.Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляться при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя»(законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан, (Приложение №1 к Договору).

1.3. «Потребитель» подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора «Исполнитель»:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012г. №1006);

- ознакомил его с действующим в ТОГБУЗ «Уметская ЦРБ» Перечнем на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил его с Положением о порядке предоставления ТОГБУЗ «Уметская ЦРБ» платных медицинских услуг от 19.05.2014г.;

1.4. Подписав настоящий Договор, «Потребитель» подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.5.Срок предоставления медицинских услуг осуществляется с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**2. Обязанности Сторон и участников Договора.**

2.1. «Исполнитель» обязуется:

2.1.1.Оказать «Потребителю» платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п.1.2. настоящего Договора.

2.1.2.Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

2.1.3.Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке (амбулаторную карту и т.д.).

2.2. «Потребитель» обязуется:

2.2.1.Оплатить предоставленные «Исполнителем» медицинские услуги, указанные в Перечне данного Договора, до начала их оказания, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.2.2.Ознакомится с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3. «Потребитель» обязуется:

2.3.1. Предоставить «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не «Исполнителем», (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.4.Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с «Исполнителем» (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т.д.

**3.Стоимость и порядок оплаты услуг.**

3.1.Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых «Потребителю» согласно п.1.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующими Тарифами на платные медицинские услуги, оказываемые ТОГБУЗ «Уметская ЦРБ», и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.2.При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «Потребителя» с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия «Потребителя», «Исполнитель» не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется «Потребителем» «Исполнителю» наличным путем в кассе учреждения.

**4. Ответственность Сторон.**

4.1.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

**5.Порядок изменения и расторжения Договора.**

5.1.Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2.Настоящий Договор расторгается в случае отказа «Потребителя» после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, при этом «Потребитель», оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**6.Заключительные положения.**

6.1.Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Потребителя».

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.3.Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

6.4.После исполнения настоящего Договора «Исполнителем» выдаются «Потребителю» (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

: **7.Перечень оказываемых медицинских услуг.**

7.1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» следующие платные медицинские услуги.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата | Медицинские услуги | ФИО, должность медицинского работника оказывающего медицинские услуги | Стоимость услуги (руб.) | Общая стоимость медицинских услуг  (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**8.Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**  ТОГБУЗ «Уметская ЦРБ», 393130, Тамбовская область, Уметский район, р.п.Умет, ул.Мира, д.5;  ИНН 6823000448, КПП 682301001;  л/с 20646У34000; р/с 40601810068501000001;  Банк получателя Отделение Тамбов  БИК 046850001; ОКТМО 68646151;  ОКПО 01946831; ОГРН 1026801002920;  Тел./факс 8(47559)2-44-38;  И.о. главного врача  ТОГБУЗ «Уметская ЦРБ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.О. Солозобова  М.П. |  | **Потребитель:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Приложение № 1*

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ **\_\_\_\_\_\_\_\_** от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Информированное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ТОГБУЗ «Уметская ЦРБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласна 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписания настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель:

Паспорт: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.