Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Пациента)

подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

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

 (подпись) (дата)

**Договор № \_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Устюжна «01» сентября 2023 г.

 **Ф.И.О**.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Пациент», с одной стороны,

 и **бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Устюженская центральная районная больница»,** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице руководителя учреждения главного врача Семакова Алексчандра Серафимовича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

 Конкретный перечень оказываемых медицинских услуг, сроки их ожидания и их стоимость определяются Исполнителем и Пациентом путем оформления приложения к настоящему договору.

1.2. Условия оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: амбулаторно -поликлиника.

1.2.1. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента/Заказчика.

1.2.2. Стороны соглашаются с тем, что Пациент информирован о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, с тем что Пациент информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, стоимость, условия и сроки ожидания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.4. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения № Л041-01135-35/00323836 от 20 января 2020года, срок действия лицензии - бессрочно.

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами и подзаконными нормативными правовыми Российской Федерации, в том числе в соответствии с положениями об организации осуществления медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.3. Выдать пациенту после исполнения настоящего Договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, в порядке установленном настоящим договором.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.2.3. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.5. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

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

4.1. Стоимость Услуг составляет:  **\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек.**

4.2.Сроки оплаты Услуг: Потребитель осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг при заключении настоящего договора.

4.3. Вознаграждение выплачивается, путем перечисления суммы, указанной в п.4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя указанный в настоящем договоре, внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем применения расчета контрольно-кассовой техники (терминала).

4.4.Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности – электронный документ или бумажный документ, приравненный к кассовому чеку и содержащий сведения о расчете).

**4. Порядок и условия выдачи медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов)**

4.1. В день завершения оказания медицинских услуг Потребителю выдается выписка из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, результатов проведенных лабораторных исследований, выписки из истории болезни (в случае стационарного лечения и лечения в условиях дневного стационара). Выписка выдается бесплатно.

4.2. Установленный п.4.1. настоящего договора порядок и условия выдачи медицинских документов (копий медицинских документов, выписки из медицинских документов) действует, если иной порядок предоставления (выдачи) медицинского документа определенной формы, копии медицинского документа либо выписки из медицинского документа не предусмотрен законодательством Российской Федерации (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»).

**5.Ответственность Сторон**

5.1.Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2.Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**6.Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1.Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

6.2.Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в виде дополнительного соглашения в письменной форме.

**7.Прочие положения**

7.1.Настоящий Договор вступает в силу со дня его заключения и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств, а в части расчетов до полного их завершения.

7.2.Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7.3. Стороны пришли к соглашению считать действительными и имеющими юридическую силу факсимильные подписи (факсимилье) уполномоченных представителей Сторон, подписывающих Договор, а также любые изменения и дополнения к нему.

**8.Реквизиты и подписи Сторон:**

 **8.1. Исполнитель: БУЗ ВО «Устюженская ЦРБ»**

|  |  |
| --- | --- |
| Юридический и почтовый адрес |  162840, Вологодская область, Устюженский район, город Устюжна,  улица Карла Маркса, дом 53 |
| Телефон/факс | 8 (817-37) 2-12-65; 2-22-04; 2-15-06 |
| E-mail: | crb-35@rambler.ru |
| ИНН / КПП / ОГРН |  3520001550 / 352001001/ 1033500750843 |

 Руководитель учреждения

 Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.С. Семаков

 **(подпись)**

 **Мп.**

 **8.2.Пациент :**

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места жительства |  |
| Иной адрес для отправки корреспонденции (при наличии) |  |
| Телефон |  |
| Данные документа, удостоверяющего личность |  |

Пациент: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

 **(подпись)**

 **Приложение N 1**

 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

 « Оказания платных медицинских услуг»

**Перечень и стоимость платных медицинских услуг предоставляемых в соответствии с договором**

| **п/п N** | **Название оказываемой услуги Пациенту****(в соответствии с прейскурантом)** | **Единица измерения** | **Стоимость****Услуги по Прейскуранту цен** | **Отметки об объёме выполняемого лечения и общей стоимости Услуги** | **Сроки****оказания услуг** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Профосмотр специалистами работников, занятых на работе с вредными и опасными условиями труда:** |  |  |  |  |
|  | - врач терапевт | 1 осмотр |  |  |  |
|  | - врач офтальмолог | 1 осмотр |  |  |  |
|  |  - врач акушер-гинеколог | 1 осмотр |  |  |  |
|  |  - врач оториноларинголог | 1 осмотр |  |  |  |
|  | - врач дерматовенеролог | 1 осмотр |  |  |  |
|  | - врач невролог |  1 осмотр |  |  |  |
|  | - врач хирург | 1 осмотр |  |  |  |
|  | - врач стоматолог | 1 осмотр |  |  |  |
|  | - врач психиатр - нарколог | 1 исследование |  |  |  |
|  | - врач психиатр | 1 исследование |  |  |  |
|  | - биохимический анализ крови - сахар | 1 исследование |  |  |  |
|  | - биохимический анализ крови - холестерин | 1 исследование |  |  |  |
|  | - общий анализ крови (ОАК) | 1 исследование |  |  |  |
|  | - общий анализ мочи (ОАМ) | 1 услуга |  |  |  |
|  | - забор крови из вены | 1 исследование |  |  |  |
|  | - спирография | 1 исследование |  |  |  |
|  | - электроэнцефалография | 1 исследование |  |  |  |
|  | - аудиометрия | 1 исследование |  |  |  |
|  | - электрокардиографическое исследование (ЭКГ) | 1 исследование |  |  |  |
|  | **ИТОГО** |  |  |  |  |

**Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель учрежденияГлавный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.С. Семаков **(подпись)**Мп. | Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) **(подпись)** |