**Договор №\_\_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Н. Новгород «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1» в лице главного врача Шилиной Ларисы Николаевны, действующей на основании Устава, (Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области № ЛО41-01164-52/00325005 от 16.01.2020г, свидетельство № 52 002105971 от 30.12.2002 о внесении в ЕГРЮЛ сведений о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002, выданное инспекцией МНС по Приокскому району г.Н.Новгорода), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ \_\_ г.,

в дальнейшем **«Заказчик»**, действующ\_\_\_ в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуем\_\_ в дальнейшем "Пациент" с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.** **Предмет договора, права и обязанности сторон**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства выполнить Пациенту следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование услуги | Кол-во | Цена | Кабинет | Врач | Подпись врача |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1.2. Сроки исполнения услуг: в течение 3-х дней, за исключением случаев, когда сроки обусловлены характером услуги.

1.3. Исполнитель обязан обеспечить соответствие предоставляемых им платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к порядкам оказания медицинской помощи, утвержденным министерством здравоохранения РФ; методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, обеспечить Заказчика необходимой и достоверной информацией по оказанию платных медицинских услуг.

1.4. Заказчик обязан оплатить стоимость медицинской услуги и выполнить требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, сообщение необходимых для этого достоверных сведений о состоянии здоровья Пациента, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

**2. Размер и порядок оплаты**

2.1. Заказчик производит предоплату в кассу Исполнителя за медицинские услуги в размере 100% согласно действующего прейскуранта платных медицинских услуг.

2.2. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с информацией и условием бесплатного предоставления медицинской услуги и оплачивает стоимость услуги по собственной инициативе.

**3. Ответственность сторон**

3.1. Заказчик имеет право при обнаружении недостатков оказанной платной медицинской услуги, других отступлений от условий Договора требовать от Исполнителя по своему выбору: а) безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в разумный срок; б) соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; в) безвозмездного повторного оказания услуги; г) возмещения понесенных Заказчиком расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими средствами или третьими лицами. Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета Договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.

3.2. Исполнитель несет ответственность перед потребителем в соответствии с законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора.

3.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если оно произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, несоблюдения пациентом правомерных указаний и требований исполнителя платных медицинских и иных услуг, обеспечивающих их своевременное и качественное оказание, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

**4. Досрочное расторжение договора**

4.1. В случае нарушения одной из сторон обязательств по договору другая сторона вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.

4.2. Заказчик вправе расторгнуть договор о выполнении услуги и оформить возврат стоимости пропорционально части невыполненной услуги по договору в течение двух месяцев с момента заключения договора.

**5. Прочие условия**

5.1. Претензии и споры, возникшие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Договор составлен в двух экземплярах (один экземпляр хранится у Заказчика, второй у Исполнителя) и вступает в силу после подписания сторонами и внесения Заказчиком в кассу Исполнителя предоплаты в соответствии с суммой, обусловленной договором.

5.3. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор.

5.4. Информация, содержащаяся в медицинских документах пациента (о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении), составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента (законного представителя) только по основаниям, предусмотренным ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.5. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Заказчику по его требованию предоставляется информация о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

5.6. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 Пациента.

5.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5.8.В договоре не допускаются исправления, дополнения, зачеркивания и т.п., внесенные не типографским способом. В случае наличия таких исправлений они не имеют юридической силы и не несут правовых последствий для Сторон. Исключение составляют исправления, заверенные подписями обеих сторон.

5.9. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает согласие ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1» на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных пунктом части 1 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни представленных в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1», действующее до дня отзыва в письменной форме.

**6. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1»  603107 г. Н. Новгород пл.Жукова, д.1  ИНН/КПП 5261018869/526101001  Министерство финансов Нижегородской области (ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1» л/сч 24001020780)  ЕКС 40102810745370000024  КС 03224643220000003200  БИК 012202102  Волго-Вятское ГУ Банка России//УФК по Нижегородской области г. Нижний Новгород  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.Н. Шилина  м.п.  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. | Заказчик: |

**Кассир\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медрегистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Информированное добровольное согласие на**

**медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н[1](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/11111) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1 Приокского района г. Н. Новгорода».

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) [статьи 20](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/1955) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)