

Я, нижеподписавшийся _____, _____ года рождения,

(Заказчик)

проживающий по адресу: _____

являющегося законным представителем _____,

(ФИО и дата рождения Потребителя)

настоящим подтверждаю, что уведомлен о том, что Потребитель обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», что **несоблюдение Потребителем указаний** (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Исполнитель в доступной для меня форме уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

✓

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя, телефон)

ДОГОВОР № _____ об оказании платных медицинских услуг

г. Ставрополь

_____._____.20__

Я, _____, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», на основании документа, подтверждающие мои полномочия _____, являясь законным представителем (ФИО представляемого) _____, именуемого(ой) в дальнейшем «**Потребитель**», и **государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями»** (далее- ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД») (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01197-26/00344160 от 05.02.2019, выдана министерством здравоохранения Ставропольского края, срок действия лицензии: бессрочно), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующего на основании _____, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю.

В рамках настоящего договора Заказчик является законным представителем Потребителя.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство по оказанию Потребителю платных медицинских услуг, перечисленных в разделе 3.

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованием, предъявляемым к ним законодательством Российской Федерации, в том числе к качеству медицинских услуг.

1.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются после подписания Заказчиком добровольного информированного согласия на получение платных медицинских услуг, на обработку персональных данных и на медицинское вмешательство.

1.5. Медицинские услуги оказываются по настоящему Договору в полном объеме. По просьбе Заказчика возможно оказание дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, согласно утвержденному прейскуранту с оформлением соответствующего Договора на оказание платных медицинских услуг.

2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ.

2.1. Стоимость услуг устанавливается действующим прейскурантом Исполнителя.

2.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в соответствии с законодательством Российской Федерации, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем списания денежных средств с банковской карты в кассе Исполнителя с помощью специального оборудования - POS терминала, а так же оплаты, через банкомат или платежный терминал.

2.3. Дата начала оказания услуг соответствует дате подписания договора. Срок исполнения услуг:

- для лабораторного исследования – от 2 до 7 рабочих дней в зависимости от вида исследования и необходимости дополнительного подтверждения первичных результатов;

- для инструментального исследования и консультации специалиста – 1 рабочий день.

При форс-мажоре и/или технических причинах (таких, как прекращение подачи в здания Исполнителя воды или электрической энергии), Исполнитель имеет право задержать выдачу результатов и документов, подтверждающих оказание услуги, на срок не более 2 (двух) рабочих дней без дополнительного уведомления Заказчика.

2.4. Если при оказании платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, Потребителю потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, то такие дополнительные медицинские услуги оказываются без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на соответствующий календарный год.

3. НАИМЕНОВАНИЕ И СТОИМОСТЬ УСЛУГ

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость за 1, ед. изм. (руб.)	Сумма, руб.
1				
2				
3				
	Итого			

Услуги оказываются по месту подписания договора:

- в городе Ставрополе по адресу ул. Ленина д.434 (телефон регистратуры 8-938-344-60-02)
- в городе Кисловодске в условиях Кисловодского филиала ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» по адресу ул Линейная д.70 (телефон регистратуры 8-928-301-96-00).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

4.1. Заказчик, являющийся законным представителем Потребителя, имеет право:

4.1.1. Получить результат услуги, оказанной Потребителю в рамках настоящего договора (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, лабораторные заключения, справки, сертификаты, прочие документы, отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе);

4.1.2. Получить полную информации о медицинской услуге (методах лечения), а также сведения о квалификации работника, оказывающего медицинскую услугу Потребителю;

4.1.3. Отказаться от предоставления Потребителю услуги (на любом этапе её оказания), расторгнуть договор и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактически понесенных расходов в течение 10 рабочих дней после отказа от услуги.

4.1.4. Требовать возмещение вреда, причиненного Потребителю, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

4.2. Заказчик, являющийся законным представителем Потребителя, обязан:

4.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услугу.

4.2.2. Соблюдать лично и обеспечить соблюдение Потребителем правила внутреннего распорядка для пациентов, утвержденные Исполнителем

4.2.3. Полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, вызванные неисполнением обязанностей Потребителя по договору или противоправными действиями Потребителя.

4.2.4. Информировать врача до оказания медицинской услуги об известных ему перенесенных Потребителем заболеваниях, имеющих у Потребителя аллергических реакций, противопоказаниях, а также другую информацию, влияющую (которая может повлиять) на оказание услуг, перечисленных в разделе 3 настоящего договора.

4.3. Потребитель имеет право:

4.3.1. Получать платную услугу.

4.3.2. Получить полную информации о медицинской услуге, а также сведения о квалификации работника, оказывающего медицинскую услугу.

4.3.3. Отказаться от получения услуги (на любом этапе её оказания).

4.3.4. Требовать возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

4.4. Потребитель обязан:

4.4.1. Соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, утвержденные Исполнителем.

4.4.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях, а также другую информацию, влияющую (которая может повлиять) на оказание услуг, перечисленных в разделе 3 настоящего договора.

4.4.3. При оказании медицинской услуги сообщать медицинскому персоналу о любых изменениях самочувствия.

4.5. Исполнитель имеет право:

4.5.1. Требовать своевременной и полной оплаты услуги от Заказчика.

4.5.2. Отказать в плановом приеме Потребителя при наличии у него или Заказчика признаков алкогольного, наркотического, токсикологического или иного опьянения.

4.5.3. Отказать в заключении Договора при наличии у Заказчика признаков алкогольного, наркотического, токсикологического или иного опьянения.

4.5.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, назначить другого врача с предварительного согласия Потребителя и/или Заказчика.

4.6. Исполнитель обязан:

4.6.1. Обеспечить качественное выполнение услуги в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.6.2. Ознакомить Заказчика с прейскурантом и порядком оплаты услуги.

4.6.3. Выдать Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

4.6.4. Выдать Заказчику после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, лабораторные заключения, справки, сертификаты, прочие документы, отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методе лечения).

4.6.5. Дать Заказчику соответствующие разъяснения о необходимости оформления отдельного информированного согласия и нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости при необходимости предоставления Потребителю на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренным Договором.

4.6.5. Соблюдать правила медицинской этики.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА.

Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны только в том случае, если они имеют ссылку на договор, оформлены и подписаны уполномоченными на то представителями сторон, не противоречит нормам законодательства.

6.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Потребитель и Заказчик не предъявил обоснованных претензий Исполнителю в момент ее получения.

7.2. Стороны согласились, что при подписании данного договора возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи допускается в случаях и в порядке, предусмотренных законом.

7.3. С учетом самой технологии выполнении медицинской услуги пациент и Заказчик должны знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений.

7.4. Настоящий договор храниться у Исполнителя не менее 5 (пяти) лет со дня его подписания сторонами.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

8.1. Обязательства сторон должны выполняться надлежащим образом, в установленные

сроки и в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством.

8.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свои обязательства по Договору при выполнении его условий, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение обязательств оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы (форс- мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, при конкретных условиях конкретного периода времени.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

9.1. Стороны обязуются принимать необходимые меры к тому, чтобы любые спорные вопросы и разногласия, касающиеся Договора, были урегулированы путем совместных переговоров.

9.2. В случаях, если Стороны не достигнут согласия путем переговоров или какая-либо Сторона уклоняется от проведения переговоров, то спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ, с соблюдением обязательного досудебного претензионного порядка урегулирования спора. Срок ответа на претензию равен 10 (десяти) рабочим дням.

10. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА.

10.1. При исполнении своих обязательств по Договору Стороны, их работники, представители и аффилированные лица не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату денежных средств или иных ценностей любым лицам, чтобы оказать влияние на их действия или решения с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или с иными противоправными целями.

Также Стороны, их работники, представители при исполнении Договора не осуществляют действия, квалифицируемые российским законодательством как вымогательство взятки или предмета коммерческого подкупа, коммерческий подкуп, посредничество в коммерческом подкупе, дача или получение взятки, посредничество во взяточничестве, злоупотребление должностными полномочиями, незаконное вознаграждение от имени юридического лица.

10.2. В случае возникновения у стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение п. 10.1. Договора, она обязуется незамедлительно уведомить другую сторону в письменной форме. В уведомлении нужно указать факты или предоставить материалы, подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение.

После получения уведомления сторона, в адрес которой оно направлено, в течение пяти календарных дней направляет ответ, что нарушения не произошло или не произойдет.

10.3. Исполнение обязательств по Договору приостанавливается с момента направления стороной уведомления, указанного в п. 10.2. Договора, до момента получения ею ответа.

10.4. Если подтвердилось нарушение другой стороной обязательств, указанных в п. 10.1. Договора, либо не был получен ответ на уведомление, сторона имеет право отказаться от Договора в одностороннем порядке, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по инициативе которой расторгнут Договор, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате расторжения Договора.

11. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

«Исполнитель»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» (ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД») 355029, г. Ставрополь, ул. Ленина, 434 Тел (8652) 94-52-99 , адреса электронной почты: Staid@bk.ru, ИНН 2633003771, ОГРН 1022601947070

ДОЛЖНОСТЬ

Ф.И.О.

«Заказчик»

ФИО и дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

Выдан кем _____ когда _____

Адрес регистрации _____

Адрес проживания _____

Контактный телефон _____ адреса электронной почты: _____

Документ, подтверждающий полномочия Заказчика как представителя Потребителя

✓

_____ (фамилия и инициалы законного представителя, подпись)

Акт № _____ приема-сдачи оказанных услуг

г. Ставрополь

« ____ » _____ 2022 г.

Мы, нижеподписавшиеся, _____, именуемый **Заказчик**, являясь **законным представителем Потребителя** (ФИО Потребителя) _____, с одной стороны и ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», именуемое **Исполнитель**, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, составили настоящий акт о том, согласно заключенному договору, исполнителем оказаны услуги:

П. №		Кол-во	Стоимость за 1 ед. изм. (руб.)	Сумма, руб.
1				
2				
3				
	Итого			

Заказчиком произведена оплата за оказанные услуги в сумме: _____ рублей (_____ рублей _____ копеек).

Оказанные услуги соответствуют условиям договора и удовлетворяют Заказчика.

Документы, подтверждающие оказание услуг (-и) выданы.

Гарантии не предусмотрены.

При подписании данного акта-приема возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования.

ПОДПИСИ СТОРОН:

«Исполнитель»

ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»

355029, г. Ставрополь, ул. Ленина, 434, тел (8652) 94-52-99 , адреса электронной почты:

Staits@bk.ru

ДОЛЖНОСТЬ

Ф.И.О.

«Заказчик»

ФИО и дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

Выдан кем _____ когда _____

Контактный телефон _____ адреса электронной почты: _____

✓

_____ (фамилия и инициалы законного представителя)

_____ (подпись)